

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização à Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Cuidar da Pessoa em Situação Crítica submetida a
transplante de órgão

Denise Raquel Cabrito Diogo

Lisboa

2019

Three large, stylized green swooshes or brushstrokes are positioned in the bottom right corner of the page, extending from the right edge towards the center.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**Cuidar da Pessoa em Situação Crítica submetida a
transplante de órgão**

Denise Raquel Cabrito Diogo

Orientador: Professora Doutora Helga Marília da Silva Rafael
Henriques

Lisboa

2019

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

À Professora Helga Rafael pela orientação, acompanhamento, disponibilidade e incentivo constante.

À Professora Maria Cândida Durão por me orientar e apoiar em todo o percurso formativo.

Às enfermeiras orientadoras do serviço de urgência central e da unidade de transplantação pelo contributo que tiveram na minha aprendizagem.

Aos meus colegas do Mestrado pelo apoio, motivação e partilha. Em especial à Ana Lusquiños, pela presença e incentivo constante.

Ao meu pai pelo suporte incondicional, disponibilidade e pelas palavras de incentivo nos momentos certos

Ao João, o meu companheiro, pelo amor, incentivo, motivação, apoiando-me em todas as decisões.

À minha mãe pelo estímulo, compreensão e bases que me transmitiu.

Aos meus colegas de trabalho pelo incentivo e disponibilidade.

Um muito obrigada de coração a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE – *Airway Breathing Circulation Disability Expor/Environment*;

APA – *American Psychological Association*;

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

BO – Bloco Operatório;

BPS – *Behavioural Pain Score*;

CINAHL – *Commulative Index to Nursing and Allied Health Literature*;

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio;

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intrahospitalar;

EOT – Entubação Orotraqueal;

EPI – Equipamento de Proteção Individual;

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

GCCT – Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação;

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*;

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online*;

PCA – *Patient-controlled analgesia*;

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e das Resistências aos Antimicrobianos;

PSC – Pessoa em Situação Crítica,

RENDA – Registo Nacional de Não Dadores;

RIL – Revisão Integrativa da Literatura;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SAVQ – Suporte Avançado de Vida Queimados;

SUC – Serviço de Urgência Central;

TCE – Traumatismo Cranioencefálico;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;

UT – Unidade de Transplantação;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva;

VNI – Ventilação não Invasiva;

VV – Via Verde.

RESUMO

A Transplantação tornou-se um tratamento inovador em crescente evolução, que visa melhorar a qualidade de vida do doente, na impossibilidade de outros tratamentos alternativos que permitam uma sobrevida maior. O papel competente e habilitado do enfermeiro, na abordagem à pessoa em situação crítica (PSC) submetida a transplante, é a chave da prevenção e reconhecimento de eventuais complicações que inviabilizem o funcionamento do enxerto.

O presente relatório teve como objetivo geral analisar de forma descritiva e fundamentada o percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar à PSC, tendo por base as atividades desenvolvida em contexto hospitalar realizado em serviço de urgência e unidade de transplantação. Toda a prática desenvolvida foi sustentada e analisada à luz da sistematização da evidência científica conseguida através da revisão integrativa da literatura, bem como do referencial teórico *Technological Competency as Caring in Nursing*, de Rozzano Locsin e do modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner para o desenvolvimento de competências profissionais.

A experiência de estágio nos serviços supramencionados possibilitou mobilizar e adquirir novos conhecimentos teóricos, consolidar competências comunicacionais e fortalecer o raciocínio crítico-reflexivo dos cuidados prestados. Desta forma, permitiu desenvolver competências especializadas no cuidar à PSC, nas áreas de urgência e emergência, tendo em conta os princípios de segurança, qualidade e prevenção/controlo de infeção.

O percurso formativo desenvolvido proporcionou o meu crescimento profissional, na prestação de cuidados especializados, observando a PSC como um todo, e permitindo agir com profunda compreensão e especialização na melhoria clínica da pessoa ao meu cuidado (Benner, 2001).

Palavras-Chave: Pessoa em situação crítica, recetores de transplante, cuidados de enfermagem, transplantação.

ABSTRACT

Transplantation has become an increasingly evolving innovative treatment aimed at improving the patient's quality of life, making it impossible for other alternative filters to allow longer survival. The competent and qualified role for nurses, with an approach in the patient in critical situation submitted to a transplantation is a key to preventing and recognizing any complications that make the graft function unfeasible.

The present report had as a general objective analyzed in a descriptive and fundament the course of development of competencies specialized in the care of the patient in critical situation. Being based in the activities performed in an intra-hospital emergency department and transplantation unit. All the practice was developed, supported and analyzed at the light of systematization and theoretical evidence of Rozzano Locsins Technological Competency as Caring in Nursing and the Dreyfus model applied to nursing by Benner to the development of professional competencies.

The experience acquired in the mentioned rotations allowed to mobilize and acquire new theoretical knowledge, consolidate communication skills and strengthen the reflexive-critical reasoning of the care provided., having in account the principles of safety, quality and prevention/control of infection.

The developed formative course allowed for my professional growth in the specialized care, looking at the patient in critical situation as a whole and allowing me to act with deeper understanding and with improved clinical specialization for the patient under my care (Benner, 2001).

Keywords: critically ill, transplant recipients, nursing care, transplantation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1 – Cuidar da PSC submetida a transplante	23
1.2 – Intervenção especializada na prevenção da rejeição do órgão transplantado	28
2 – ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	37
2.1 – Cuidados especializados de enfermagem à PSC em situações de emergência	38
2.2 – Prevenção e controlo da infeção na promoção da qualidade e segurança dos cuidados.....	59
2.3 – Comunicar com a PSC e sua família	62
2.4 – A influência do Raciocínio crítico-reflexivo nos cuidados de enfermagem	65
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES.....	81
Apêndice I – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura	
Apêndice II – Formação sobre “Precauções Básicas em Controlo de Infeção”	
Apêndice III – 1º Congresso de Medicina Intensiva do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	
Apêndice IV – Documento realizado sobre as intervenções de enfermagem	

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 8º curso do Mestrado em Enfermagem, com área de especialização à Pessoa em Situação Crítica (PSC), surge o presente relatório de estágio, baseado nos objetivos traçados e nas atividades delineadas e desenvolvidas em contexto clínico. Neste sentido, pretendo descrever e analisar detalhadamente o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, no cuidado à PSC, direcionando parte do meu foco para os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a transplante, concretamente na promoção da viabilidade do órgão.

A Transplantação tornou-se um tratamento inovador em crescente evolução, que visa melhorar a qualidade de vida do doente, na impossibilidade de outros tratamentos alternativos que permitam uma sobrevida maior (Borges, Silva, Guedes, & Caetano, 2012). Desta forma, foi importante e necessário desenvolver padrões globais nesta área, para tornar as práticas de segurança e qualidade uniformes em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. A criação dos Princípios Orientadores tem influenciado o código profissional, a prática e a legislação em todo o mundo, com a finalidade de proporcionar uma estrutura ordenada, ética e aceitável na aquisição e transporte de células humanas, órgãos e tecidos, para fins terapêuticos (World Health Organization, 2010). O constante progresso foi notório no ano 2015, com o forte aumento de 5,8% de transplantes realizados a nível mundial, correspondendo a um total de 126 670 órgãos sólidos transplantados. Os transplantes renais dominam o topo da lista com 84 374 cirurgias (67%), seguindo-se dos transplantes hepáticos, com 27 759 (22%), transplantes cardíacos com 7 023 (6%), transplantes pulmonares com 5 046 (4%), transplantes pancreáticos com 2 299 (2%) e, por último, transplantes do intestino delgado com 196 (0,2%) (Global Observatory on Donation and Transplantation, 2017).

Desde 1969, altura em que se sucedeu o primeiro transplante renal de dador vivo em Portugal, que a área da transplantação tem manifestado uma crescente evolução a nível nacional. São recorrentes os sucessos que se verificam, desde o desenvolvimento de estudos imunológicos nos candidatos a transplantação e em dadores-cadáver até ao sucesso do órgão transplantado, que se exprime, no decorrer dos tempos, em resultados positivos e estimuladores para a saúde.

Segundo o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2018), 2017 foi o ano com o maior número de dadores falecidos e vivos de sempre, o que equivale a 430 dadores de órgãos e 1 011 órgãos colhidos. Por consequência, ocorreu um total de 895 transplantes realizados, mais 3,5% que o ano anterior. No entanto, não houve um aumento equiparado em todos os órgãos transplantados, salientando-se no início da lista o aumento de 30,77% dos transplantes pulmonares, seguindo-se pelos transplantes cardíacos, com 11,9%, transplantes renais, com 6%, transplantes hepáticos com 4,78% e, por fim, transplantes pancreáticos, com um aumento de 4%. Segundo a última informação divulgada pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação (2019), no ano de 2018 houve um ligeiro decréscimo de dadores, correspondente um total de 417, sendo que dos 976 órgãos colhidos, 757 foram transplantados.

A minha experiência profissional teve início há 8 anos numa unidade de cuidados intensivos (UCI), no qual contactei com uma grande variedade de patologias médicas e cirúrgicas. Contudo, após 5 anos tive desejo de mudar, a fim de descobrir e aprender com novas realidades, novos colegas e novos doentes. Atualmente exerço funções em UCI polivalente, onde presto cuidados a doentes médicos e cirúrgicos, contudo é um serviço muito específico e direcionado para a cirurgia colo-rectal, hepatobiliar e transplantação hepática e renopancreática. A mudança de serviço despoletou a necessidade de investir em termos pessoais e profissionais, sobretudo a nível da transplantação, área onde o meu contacto era nulo. Rapidamente percebi que a abordagem consciente e conhecedora a este tipo de doentes é essencial para o sucesso da transplantação, razão pela qual inscrevi-me no Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização à PSC, com o intuito de modificar a minha prática, tornando-a mais competente em todos os cuidados essenciais à melhoria clínica do doente. O Mestrado em Enfermagem à PSC mostrou-se uma ferramenta essencial no meu desenvolvimento, uma vez que orienta a minha prática na aquisição de novos conhecimentos e na análise crítica e fundamentada das minhas intervenções. Reforça, deste modo, o meu crescimento pessoal e profissional no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

É importante entender que o enfermeiro especialista é um elemento com conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, pois manifesta

um elevado julgamento clínico, traduzindo-se na capacidade de tomar decisões de forma autónoma (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). No seu percurso, através da mobilização de conhecimentos, habilidades e capacidades, evolui a sua prática de cuidados, refletindo sobre as necessidades dos seus doentes, com a finalidade de adquirir competências clínicas especializadas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Do mesmo modo, Le Boterf (2003) salienta a mobilização de conhecimentos em contexto profissional, como forma de integrar e combinar múltiplos saberes, envolver-se e aprender com a complexidade das situações profissionais. A competência faz parte da pessoa e pressupõe capacidade de análise, interpretação de informação e tomada de decisão, sabendo agir em conformidade numa situação complexa (Le Boterf, 2003).

Nos últimos anos, a enfermagem progrediu paralelamente com a medicina, direcionando os seus cuidados para áreas cada vez mais específicas. Por este motivo, as intervenções tornaram-se mais complexas, fruto de cuidados altamente especializados por parte do enfermeiro, consolidando, desta forma, o seu papel na promoção da saúde. A experiência e os conhecimentos adquiridos tornaram-se o segredo no alcance de competências específicas e perícia, assegurando a individualização dos cuidados, e por consequência a qualidade dos mesmos (Benner, 2001). De acordo com o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner (2001), a aquisição e desenvolvimento de competências reflete-se em 5 níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Realizando uma análise ao meu percurso profissional, considero-me no nível competente, em contexto de UCI. Entendo que apresento uma atitude consciente, dotada de organização e planeamento para fazer face a determinados problemas que não podem ser ignorados. Ambiciono atingir gradualmente o nível perito na prestação de cuidados à PSC, direcionando parte do meu foco para o doente crítico submetido a transplante. Deste modo, e através do meu percurso profissional e académico, pretendo caminhar rumo à compreensão profunda da PSC, analisando de maneira intuitiva cada situação, atuando diretamente no problema (Benner, 2001).

O papel competente e habilitado do enfermeiro, na abordagem à PSC transplantada, é a chave da prevenção e identificação de complicações associadas (Cierco Garrido, García Muñoz, Pérez Castro, & Sanz Moncusi, 2018). Deste modo, através do reconhecimento e tratamento imediato, salvaguarda a pessoa ao seu

cuidado, promovendo uma evolução gradual positiva, assim como redução do tempo de internamento em UCI (Coscia, Saxton, & Dickinson, 2016). Já Florence Nightingale reconhecia a importância da vigilância como um elemento essencial na observação de sinais de alerta ou de melhoria do doente. É de tal forma indispensável na promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo o desenvolvimento de resultados positivos e da satisfação das necessidades humanas fundamentais (Feo & Kitson, 2016).

Com a constante evolução da saúde, a tecnologia desenvolveu mudanças significativas em todas as dimensões no cuidar à PSC. A tecnologia não deve ser encarada apenas sob um olhar reducionista associado ao equipamento, mas sim incorporada como parte integrante da prática de cuidados. Tem como princípio a produção de uma relação de reciprocidade e interação, onde se estabelece a comunicação, o acolhimento e o vínculo entre pares, essenciais à prestação de cuidados (D. Silva, Alvim, & Figueiredo, 2008). Define-se como um conjunto de conhecimentos científicos e empíricos sistematizados, em constante evolução, que envolve reflexão, interpretação e análise para melhor atender às necessidades da PSC (Koerich et al., 2006; Pereira, Pinto, Tourinho, & Santos, 2012).

O simples facto do enfermeiro dispor de instrumentos tecnológicos no seu local de trabalho implicou mudanças na atuação dos mesmos, sendo úteis no diagnóstico, prevenção e tratamento dos doentes internados, a fim de promover a qualidade dos cuidados (R. Silva & Ferreira, 2009). De acordo com o referencial teórico *Technological Competency as Caring in Nursing*, de Rozzano Locsin, cuidar envolve intencionalidade, comprometimento e autenticidade para conhecer a pessoa como um todo. A competência tecnológica está integrada nos cuidados, permitindo ao enfermeiro desempenhar um papel competente e humanizado, com o intuito de promover a saúde e o bem-estar, assim como de conhecer a pessoa ao seu cuidado em toda a sua plenitude (Locsin & Purnell, 2009; Pereira et al., 2012).

O projeto de estágio serviu como estrutura para o presente relatório, permitindo planear o meu percurso de desenvolvimento de competências, direcionando tanto para os objetivos preconizados nos Descritores de Dublin do 2º ciclo (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013), como para os definidos pelo curso de mestrado em enfermagem à PSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010) e no

regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista à PSC (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018). Propus como objetivo geral, desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família. E como objetivos específicos:

- Cuidar da PSC em situações de emergência, submetida a transplante e/ou falência orgânica;
- Cuidar da PSC tendo em conta os princípios de segurança, qualidade e prevenção/controlo de infeção;
- Comunicar de forma adequada e eficaz com a PSC e família;
- Aplicar o raciocínio crítico-reflexivo e os conhecimentos baseados na evidência, aquando a prestação de cuidados.

O presente relatório encontra-se estruturado por dois capítulos, onde numa primeira abordagem irei elaborar o enquadramento teórico relativo à transplantação e os cuidados de enfermagem subjacentes, que promovam a viabilidade do órgão. A pesquisa avançada efetuada através das bases de dados convencionais, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Commulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Cochrane* para a realização da revisão integrativa da literatura (RIL), serviu como suporte na construção deste tema. O segundo capítulo diz respeito ao processo de aquisição e desenvolvimento de competências, onde abordarei as atividades desenvolvidas e analisarei detalhadamente o percurso e os resultados alcançados, à luz da evidência científica pesquisada. Termina com as referências bibliográficas utilizadas, de acordo com a norma *American Psychological Association* (APA) (6ª edição). A elaboração do documento tem presente o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa e segue, como fio condutor, as orientações do Guia de Trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Através da leitura e análise crítica da evidência científica produzida recentemente, será descrito a importância do cuidar à PSC submetida a transplante, reforçando a necessidade de vigilância que este tipo de doentes exige. Por outro lado, serão abordadas as intervenções de enfermagem essenciais à prevenção da rejeição do órgão transplantado.

1.1 – Cuidar da PSC submetida a transplante

Nos últimos anos, a transplantação tornou-se uma prática de sucesso mundial, com capacidade de salvar a vida de inúmeros doentes, assim como promover a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Utilizada recorrentemente como última linha de tratamento em doentes com falência orgânica, define-se como a transferência de células, tecidos ou órgãos, onde ocorre o restabelecimento da continuidade vascular nos vasos do recetor (Letonturier, 2004; World Health Organization, 2010). Considerada pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2006), uma terapêutica muito complexa, conseguida através de dador vivo ou cadáver, que visa substituir um tecido ou um órgão com lesões irreversíveis, no qual o seu funcionamento ameaça a vida do recetor.

Considera-se evidente que o principal benefício da transplantação prende-se com a melhoria da qualidade de vida, pois o constante progresso das técnicas cirúrgicas e de preservação dos órgãos, associado à imunossupressão, permitiu aumentar a sobrevida do recetor, expressando-se num aumento progressivo do bem-estar físico, psíquico e social. Contudo, a interação entre os diferentes sistemas biológicos (dador/recetor) não está isenta de riscos. O evento mais crítico ocorre com a possibilidade de falecimento do recetor, enquanto permanece em lista de espera. No entanto, existem outros aspetos que a equipa multidisciplinar deve ter em consideração quando se procede ao transplante, que se manifesta pelo risco do procedimento cirúrgico, da imunossupressão ou da transmissão de doenças, sobretudo neoplasias malignas não detetadas (Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Concelho da Europa, 2016).

A transplantação divide-se em três tipos, conforme a proveniência do tecido dador: autotransplante, homotransplante ou alotransplante e xenotransplante. O autotransplante define-se como a transferência de órgãos, tecidos e células entre o mesmo indivíduo. Indicado maioritariamente no tratamento da leucemia, através da colheita de células estaminais, ou como recurso terapêutico em perdas extensas da superfície corporal, por meio do enxerto de pele. O alotransplante refere-se à transição de células, tecidos ou órgãos entre indivíduos da mesma espécie. Por fim, o xenotransplante corresponde à transplantação de órgãos entre espécies diferentes. Nestes casos, a reação imunológica intensa torna-se o principal obstáculo à utilização deste tipo de enxertos (Catão, 2004; Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2006).

Como referido anteriormente, em caso de alotransplante, os órgãos podem provir do consentimento livre e esclarecido do dador vivo ou através do consentimento presumido do dador cadáver. A escolha do recetor obedece a critérios rigorosos que respeitam os princípios de risco/benefício, equidade, transparência, acessibilidade e ética médica, rumo a maximizar os benefícios, minimizar os riscos do procedimento e promover a melhoria da qualidade de vida do recetor (Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação, 2009; Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Conselho da Europa, 2016).

No primeiro caso, o indivíduo saudável expressa a sua vontade de dádiva do órgão (rim ou fígado) de forma voluntária e solidária, sem pressões de ordem emocional e socioeconómica. No entanto, antes do dador ser submetido a cirurgia fica sujeito a exames físicos, laboratoriais e radiológicos, a fim de detetar qualquer contraindicação que comprometa a sua integridade e autonomia, assim como fica dependente da avaliação pela Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplantação, com a finalidade de perceber se a pessoa não está a ser coagida a doar o órgão (Sociedade Portuguesa de Transplantação, 2014). Normalmente esta dádiva é expressa pelos familiares mais próximos, aumentando a compatibilidade e aceitação do órgão no recetor. Contudo, mantém-se insuficiente devido ao crescimento da lista de espera. Por este motivo, permitiu-se o alargamento da colheita a familiares sem relação de sangue e voluntários que manifestassem tal desejo. Todavia, é importante informar os riscos que a colheita

acarreta, pois este procedimento cirúrgico traduz em danos físicos à pessoa em questão (Barcelos, 2009; Portugal & Macheta, 2013).

Por outro lado, em relação ao dador cadáver, a colheita de órgãos em doentes em morte cerebral considera-se insuficiente para fazer face à extensa lista de espera. Os avanços técnicos e científicos permitiram que os critérios de doação fossem alargados para os doentes em paragem cardiorrespiratória, desde que sejam mantidas manobras de preservação dos órgãos a transplantar, através da circulação extracorporeal ou da perfusão dos órgãos abdominais (rim e fígado) (Despacho n.º 14341/2013 de 6 de novembro, 2013). Contudo, existem determinadas razões para o potencial dador, não se tornar um dador definitivo, como por exemplo as contraindicações médicas (pessoas portadoras da *doença Human Immunodeficiency Virus* (HIV), neoplasia maligna ativa, infeções sistémicas graves não tratadas ou de origem desconhecida, entre outros), perfusão inadequada do órgão ou trombose, morte circulatória não declarada dentro do prazo previsto ou a indicação expressa da pessoa como não dador através da inscrição no registo nacional de não dadores (RENDA) (Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Concelho da Europa, 2016).

A transplantação tornou-se um tratamento com desenvolvimento notável, tanto pelo aumento significativo de dadores, assim como pela evolução técnica e organizacional, colocando, desta forma, Portugal na vanguarda da transplantação mundial (Despacho n.º 5975/2019 de 28 de junho, 2019). O doente submetido a este procedimento complexo, atravessa uma fase crítica com necessidade de monitorização especializada e intensiva, a fim de prevenir complicações técnicas (perdas hemáticas e disfunção primária do excerto) e clínicas (imunológicas, cardiovasculares, pulmonares, renais e metabólicas) (Borges et al., 2012). Os cuidados de enfermagem a este tipo de pessoa em situação crítica devem envolver vigilância intensiva e conhecimentos técnicos e científicos, para atuar em momentos de instabilidade, uma vez que ocorre o risco de repercussão hemodinâmica, assim como falência primária do excerto (Borges et al., 2012).

A vigilância é uma função do enfermeiro que, além da monitorização, se estende à avaliação, análise, interpretação, tomada de decisão e ação alicerçada nas conclusões efetuadas através do trabalho analítico destes profissionais de saúde (Kelly & Vincent, 2011). Considerado um conceito mais amplo, não se refere

apenas aos dados fisiológicos, mas também à integração de informação colhida em conjunto com membros da família, equipa de saúde e sistemas de suporte clínico, a qual é posteriormente analisada e interpretada "como um todo" (Henneman, Gawlinski, & Giuliano, 2012). É um processo que decorre ao longo do tempo, sendo sistemático e orientado para os objetivos, focalizando-se na identificação precoce do risco e na necessidade de intervenção, estando por isto totalmente associado à segurança do doente (Henneman et al., 2012). Como tal, o objetivo da vigilância é impedir as situações de descompensação clínica dos doentes, como forma de otimizar a ação nas situações de emergência efetivas e, em caso último, prevenir a deterioração do doente e a sua morte (Voepel-Lewis, Pechlavanidis, Burke, & Talsma, 2013).

A vigilância em enfermagem possui tanto uma componente cognitiva, como comportamental e ambas são utilizadas pelo enfermeiro na recolha sistemática de informação com a intenção de elaborar julgamentos clínicos e predições sobre o estado de saúde do doente (Kelly & Vincent, 2011). De facto, é reconhecido que o enfermeiro tem habilidades, tais como a perícia – a harmonização entre o conhecimento e a experiência – a intuição e o reconhecimento precoce que influenciam o processo de vigilância, mas que este é igualmente afetado pelo contexto de ambiente de trabalho (Kelly & Vincent, 2011). Em cuidados críticos, a vigilância em enfermagem é definida como um processo ativo no qual se reúnem esforços para manter participativamente a PSC em segurança (Kelly & Vincent, 2011) e em que o enfermeiro se encontra alerta para garantir a identificação de mudanças subtis no estado clínico do doente, efetuando avaliações precisas e agindo com rapidez e habilidade (Scott, Rogers, Hwang, & Zhang, 2006).

Um aspeto importante, que funciona como aliado da equipa de enfermagem, é a tecnologia quando incorporada nos cuidados centrados à PSC. O desenvolvimento de competências tecnológicas quando alicerçado ao cuidar holístico promove a excelência dos cuidados, sendo proveitoso no cuidar intensivo e na exigência que este tipo de doentes requer (Locsin, 2001). Torna-se, por isso, necessário o cuidar tecnológico em ambientes de cuidados críticos, uma vez que proporciona melhor compreensão da situação clínica da PSC, capacitando o enfermeiro a cuidar de forma qualificada e autêntica, em locais que requerem conhecimentos tecnológicos (Locsin, 2013).

A aceitação ou rejeição do órgão, além de depender das relações imunogenéticas existentes entre dador e recetor, é influenciada pelos cuidados prestados por parte da equipa que cuida do doente transplantado (Letonturier, 2004; Antonia Silva, Pontes, Genzini, Prado, & Amaral, 2014). Cuidar da PSC internada em UCI, em período pós-operatório, envolve investimento pessoal, conhecimento e perícia por parte da equipa de enfermagem (Melo et al., 2012). É fundamental ter presente que o sucesso deste tipo de cirurgia resulta essencialmente da vasta atuação do enfermeiro e da abrangência em diversas linhas de cuidados, como a vigilância intensiva, os cuidados a ter no local cirúrgico a fim de prevenir infeções e a administração correta da terapêutica imunossupressora (Regina & Lima, 2015).

Cuidar manifesta-se por um processo complexo, um ideal moral de enfermagem, que tem por finalidade proteger, promover e preservar a dignidade humana (Hesbeen, 2000). Define-se como uma arte que combina o envolvimento de valores humanos, vontade e compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro, com a harmonização entre o conhecimento, a destreza, o saber e a intuição, sempre com vista a zelar pela pessoa ao seu cuidado (Watson, 2002).

Cuidar em UCI compreende um contato altamente diferenciado, competente e especializado, com o intuito de promover uma vigilância contínua, prevenindo e identificando situações precoces de deterioração clínica (Backes, Erdmann, Buscher, & Backes, 2012). Torna-se importante definir que PSC são doentes dependentes de monitorização contínua, incapazes de manter a estabilidade hemodinâmica ou que apresentem elevado risco de desenvolver alterações fisiológicas, que comprometam a sua vida (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Por outras palavras, consiste no doente cujas suas funções fisiológicas se encontram ameaçadas por falência orgânica ou por elevado risco da mesma, necessitando de meios avançados de vigilância e terapêutica para sobreviver (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O enfermeiro que exerce em UCI reflete-se um elemento essencial na vigilância à PSC após uma cirurgia, uma vez que tem a responsabilidade de manter uma observação contínua do estado hemodinâmico do mesmo e desta forma reconhecer eventuais problemas que colocariam em risco a sua vida (Phipps, W., Long., B., Woods, N. & Cassmeyer, 1991). Brier et al. (2015) também vão ao encontro desta informação, pois afirmam que uma assistência eficaz à PSC no

período pós-operatório é fundamental na vigilância e na detecção precoce de complicações associadas ao procedimento cirúrgico.

O pós-operatório imediato no doente transplantado exige cuidados individualizados de elevada complexidade. Pretende-se que o enfermeiro aplique os seus conhecimentos técnicos e científicos a fim de identificar precocemente sinais e sintomas associados ao transplante. Considera-se um período de elevada instabilidade hemodinâmica, tanto pelo procedimento cirúrgico como também pela administração de terapêutica imunossupressora (Borges et al., 2012; Duarte, Linch, & Caregnato, 2014). São doentes, que no seu internamento, se encontram dependentes de mecanismos tecnológicos, por este motivo torna-se necessário conjugar a atuação dos profissionais com os recursos disponíveis, a fim de desenvolver competências e aptidões essenciais, de modo a conhecer a pessoa ao seu cuidado de forma autêntica, intencional e eficiente (Locsin & Purnell, 2009). Os cuidados competentes e holísticos, por parte da equipa de enfermagem, adquirem um papel primordial no atendimento das necessidades à PSC, prestando, por consequência, cuidados de saúde com qualidade que se traduzem, futuramente, em ganhos para a saúde dos mesmos (Borges et al., 2012; Duarte et al., 2014).

1.2 – Intervenção especializada na prevenção da rejeição do órgão transplantado

No decorrer dos últimos anos, com a incorporação de novas técnicas cirúrgicas, métodos de diagnóstico, imunossupressão e abordagens diferenciadas no pós-operatório, observou-se avanços notórios e significativos na promoção, manutenção e recuperação da qualidade de vida em doentes submetidos a transplante (Pio, Azevedo, Marques, & Santiago, 2016). Na sua abordagem, o enfermeiro desenvolve cuidados de elevada complexidade, como forma de intervir individualmente de acordo com as necessidades do doente, exigindo, deste modo ao profissional, vigilância contínua sob potenciais complicações e tomada de decisão rápida, aumentando substancialmente a taxa de sobrevivência e recuperação da PSC (Demet, Aksoy, & Kiraz, 2018; Pio et al., 2016).

A ideia de cuidados está implícita na enfermagem. Espera-se que um bom profissional ofereça cuidados de qualidade, não apenas numa vertente técnica e científica, mas também do ponto de vista ético e humanístico, no qual o contato contínuo com a PSC é a chave na prevenção e identificação precoce de complicações (Cierco Garrido et al., 2018; Luvisotto, Carvalho, & Galdeano, 2007).

A rejeição advém da resposta imunitária do recetor contra o órgão transplantado, causando efeitos negativos e prejudiciais à vida do doente, através da perda do enxerto e possível indicação para retransplante (Demet et al., 2018; A. Mota, 2004). Esta reação pode ser denominada de rejeição hiperaguda, rejeição aguda (celular ou vascular) ou rejeição crónica, tendo em conta o período temporal e as características histopatológicas. Numa primeira fase, a rejeição hiperaguda caracteriza-se pela disfunção súbita e irreversível do enxerto nos primeiros minutos/horas após a revascularização, devido à oclusão trombótica da microcirculação, mediada por anticorpos (Bacal et al., 1999). Posteriormente, a rejeição aguda celular define-se pelo dano tecidular agudo, causado pela infiltração do enxerto por linfócitos ou outras células anti-inflamatórias. É mais propenso desenvolver-se nos primeiros três meses (Bacal et al., 1999; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, 2012). A rejeição aguda vascular não é considerada uma complicação recorrente, entendendo-se como um dano da microcirculação mediada por anticorpos (Bacal et al., 1999). Por fim, a rejeição crónica é causada pela destruição lenta e progressiva do enxerto (Demet et al., 2018).

Para combater as complicações associadas ao transplante e evitar que evolua para rejeição primária do enxerto, existem cuidados que são transversais a pessoas submetidas a qualquer tipo de transplante, onde a vigilância de sinais e sintomas, por parte da equipa de enfermagem, adquire um forte papel e a ampla compreensão da pessoa como um todo. A abordagem ao doente transplantado exige da equipa um cuidar especializado, provido de mestria e individualidade. O doente atravessa um período crítico, decorrente de inúmeros fatores associados à cirurgia (as condições do órgão doado, o tempo de isquémia ou a hemorragia durante o procedimento) ou de complicações da doença de base (Freeman, Koerner, Clark, & Halabicky, 2016; Mendes & Galvão, 2008). Trata-se de uma cirurgia extensa e complexa, que envolve múltiplos sistemas orgânicos, como o

cardiovascular, o renal, o metabólico, o respiratório, entre outros. Neste cenário, o enfermeiro, que exerce na UCI ou na unidade de transplantação (UT), deve predispor de um cuidado e vigilância intensiva, a fim de promover a recuperação do doente (Borges et al., 2012; Coscia et al., 2016).

A monitorização de sinais vitais permite à equipa de enfermagem ter consciência do estado hemodinâmico do doente. De acordo com indicação médica e através da avaliação da frequência cardíaca e tensão arterial, o enfermeiro poderá administrar, em caso de instabilidade, fluidoterapia ou terapêutica inotrópica/anti-hipertensora. Torna-se importante, por outro lado, restabelecer a apirexia, aquecendo o doente, uma vez que a hipotermia leva a alterações do estado de consciência, redução da motilidade gastrointestinal, arritmias, hemorragia ou a desenvolver um quadro de acidose metabólica. Contudo, o reaquecimento deverá ser lento para evitar o risco de vasodilatação e hipotensão. A monitorização do balanço hídrico horário e, conseqüentemente, do débito urinário é de extrema importância, pois o balanço hídrico negativo ou a diminuição da produção de urina poderão ser sinal de inadequada perfusão tecidual, comprometendo a viabilidade do enxerto (Freeman et al., 2016).

Outra consequência do transplante, considerada a complicação cirúrgica precoce mais comum, é a hemorragia. Pode ocorrer através dos locais de anastomose, do enxerto ou do local de disseção, comprometendo significativamente a vida do recetor (Demet et al., 2018). A equipa de enfermagem deve estar desperta para perdas significativas através dos drenos ou, caso os mesmos permaneçam não funcionantes, para o aumento do volume no local cirúrgico, como por exemplo, numa cirurgia cardíaca através do aumento do mediastino ou no transplante hepático para o aumento do volume abdominal (Freeman et al., 2016). Nesta última vertente, a avaliação da pressão intra-abdominal com valores superiores a dez sinaliza perdas significativas para a cavidade abdominal, prejudicando a funcionalidade do órgão (Coscia et al., 2016). Outra circunstância no qual o enfermeiro deve agir, prende-se com o aumento da frequência cardíaca ou com a labilidade tensional. Deste modo o enfermeiro deve proceder a colheitas de sangue para controlo analítico, administrar hemoderivados e fluidoterapia, vigiar se ocorre alterações do estado de consciência e registar/informar a quantidade, cor e consistência do volume drenado, para elucidar a equipa

multidisciplinar das perdas verificadas. Contudo, estas ações podem não ser suficientes, requerendo cirurgia para controlo da hemóstase, aumentando, por consequência, o risco de perda do enxerto (Demet et al., 2018; Freeman et al., 2016).

Após uma cirurgia desta natureza, o controlo da dor não pode ser negligenciado por parte da equipa de enfermagem, sobretudo em doentes sedados sob ventilação mecânica invasiva (VMI). A presença deste sintoma emerge como consequência da intervenção cirúrgica, no entanto a presença de drenos ou a imobilidade secundária são fatores que contribuem para o mesmo resultado. Cabe ao enfermeiro avaliar o local, duração, características, fatores de alívio e de agravamento e intensidade da dor, através da escala numérica da dor ou da escala de dor *Behavioural Pain Score* (BPS) e da entrevista, sempre que possível. Neste caso, torna-se importante gerir a analgesia prescrita pela equipa médica, no entanto existem outros cuidados não farmacológicos que contribuem para a diminuição da sintomatologia, como manter o alinhamento corporal, massajar o doente para reduzir a tensão corporal e ajudar no relaxamento, ensinar exercícios de respiração e proporcionar um ambiente tranquilo e confortável, a fim de reduzir a ansiedade e salvaguardar o suporte emocional (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, 2008; Demet et al., 2018).

No decorrer dos últimos anos, com a crescente evolução da medicina, a transplantação teve um desenvolvimento notório com a abordagem de novas técnicas cirúrgicas e introdução de potentes medicamentos imunossuppressores, disponibilizando alternativas mais eficazes no tratamento de doentes em falência do seu órgão (Girlanda, 2013). A imunossupressão suprime o sistema imunológico, como forma de manter a integridade funcional e anatómica dos tecidos transplantados no recetor, prevenindo deste modo a rejeição aguda na maioria dos doentes (Girlanda, 2013; Rice, 2019).

Desde a década de 70, momento da introdução da imunossupressão como terapêutica adjuvante à transplantação e associando com o aprimoramento e entrada de novos medicamentos, se presenciou uma crescente evolução de resultados positivos na manutenção do órgão transplantado. Como consequência, observou-se um decréscimo da percentagem de rejeições agudas, possibilitando um aumento da taxa de sobrevivência do enxerto (Girlanda, 2013; Luvisotto et al.,

2007). Atualmente são combinados vários medicamentos, para aumentar a eficácia da imunossupressão, sobretudo no período peri operatório e pós-operatório imediato, por se considerar o momento em que o risco de rejeição se torna mais elevado devido à lesão do enxerto e exposição súbita do sistema imunológico do recetor a um órgão estranho (Girlanda, 2013). Na ausência de imunossupressão adequada, o recetor irá reagir contra o órgão transplantado (Rice, 2019). Neste ponto, cabe ao enfermeiro administrar a terapêutica imunossupressora no intervalo estipulado, assim como apoiar na adesão à terapêutica e participação por parte da PSC (Demet et al., 2018). Posteriormente e dependendo da aceitação e tolerância do organismo do recetor, as doses de imunossupressão são gradualmente ajustadas para níveis mínimos de manutenção, com o intuito de evitar a rejeição e toxicidade (Girlanda, 2013).

A toxicidade a esta terapêutica tornou-se um problema e a constante monitorização, por parte da equipa, ocupa um lugar imprescindível no bom prognóstico da funcionalidade do enxerto (Luvisotto et al., 2007). Como qualquer outra medicação, a administração de imunossupressão é uma intervenção interdependente, contudo o enfermeiro tem a responsabilidade da sua administração com base em conhecimentos técnicos e científicos, sobre os benefícios, riscos e potenciais problemas, agindo com o melhor proveito para a saúde da PSC (Parecer CJ 64/2017 de 28 de julho, 2017). A neurotoxicidade, nefrotoxicidade e hepatotoxicidade são complicações que podem lesar ou provocar a morte celular dos tecidos transplantados. Em casos de sobredosagem, o doente apresenta determinada sintomatologia, como tremores, convulsões, parestesias, encefalopatia, ataxia ou problemas renais, que podem ser detetados pela equipa de enfermagem especializada no cuidar a esta tipologia de doentes (H. Silva, 2015).

Como referido anteriormente, a imunossupressão suprime as funções do sistema imunológico, tornando o doente mais suscetível a infeções oportunistas (bacterianas, fúngicas e virais) (H. Silva, 2015). O aparecimento de infeções depende de fatores intrínsecos, como a idade, diabetes mellitus e obesidade, ou de fatores externos, através da manipulação de acessos vasculares, urinários ou procedimentos cirúrgicos (Cierco Garrido et al., 2018).

O enfermeiro, no seu contacto contínuo, desenvolve um papel imprescindível na identificação, prevenção e controlo de fatores de risco. Por este motivo, destaca-

se a sua postura na implementação de medidas preventivas, em todas as situações que envolvam cuidados, a fim de minimizar as intercorrências que possam advir (Rodrigues, Ferretti-Rebustini, & Poveda, 2016).

No período pós-operatório, a PSC apresenta diversas portas de entrada que podem predispor ao aparecimento de complicações infecciosas e consequentemente perda do enxerto. No que respeita ao local cirúrgico, respetivas drenagens e acessos vasculares, a equipa de enfermagem deve vigiar a presença de sinais inflamatórios, hemorragia ou drenagem purulenta. Os cuidados a ter são muito semelhantes entre si, incluem a correta manipulação dos acessos venosos e dispositivos médicos, controlo da temperatura e a utilização de técnica asséptica em procedimentos que envolvam a exposição dos locais de inserção ou incisão (Demet et al., 2018; Rodrigues et al., 2016).

Outro aspeto que desde muito cedo se deve incutir no cuidar ao doente transplantado, a fim de evitar a mucosite, prende-se pela higiene oral com clorhexidina e o bochecho com nistatina (Alves, 2015; Demet et al., 2018). Por fim, é de tal importância, o isolamento protetor ser imediatamente implementado na entrada do doente em UCI ou UT, com o intuito do mesmo não ser expostos a organismos patogénicos vindo do exterior. Recomenda-se o uso de EPI e a limitação do número de visitas. A higiene das mãos acaba por ser transversal a todos os cuidados na proteção do doente (Demet et al., 2018; Frade Mera, Jacue Izquierdo, Fontan Vinagre, & Montejo González, 2007).

As alterações metabólicas no pós-transplante estão fortemente associadas ao stress da cirurgia ou à administração de corticoterapia, em doses elevadas durante a indução imunossupressora. Considerada uma complicação comum, que ocorre em aproximadamente 90% dos recetores de órgãos sólidos nas primeiras semanas, manifesta-se no aumento do risco de rejeição do enxerto, infeção e difícil cicatrização, resultando consequentemente, no aumento do tempo de internamento (Pinheiro et al., 2019). A terapêutica imunossupressora, como os glicocorticóides ou o tacrolimus, desencadeiam alterações metabólicas no doente, propiciando uma redução da secreção de insulina ou mesmo um aumento da produção hepática de glicose. Desta forma, uma componente importante nos cuidados de enfermagem passa pela apertada vigilância da glicémia, com administração de insulina de acordo com prescrição médica ou protocolo do serviço, a fim de evitar oscilações nos

valores avaliados, o que pode comprometer o órgão transplantado (Pinheiro et al., 2019; Rollins, 2013).

As alterações do padrão respiratório podem surgir por resultado da cirurgia, da imunossupressão ou da patologia respiratória de base. Tal consequência deve-se, ao facto do sistema imunitário se encontrar mais sensível a infeções do trato respiratório, tanto pelo mesmo permanecer longos períodos sob VMI, pela imunossupressão, por apresentar tosse ineficaz devido à dor ou mobilização insuficiente (Demet et al., 2018). Neste ponto, interessa realçar a importância de vigiar o padrão respiratório e respetiva saturação periférica, assim como promover o posicionamento adequado da PSC, por exemplo através da verticalização do corpo, com o intuito de favorecer a expansão do tórax ou corrigir posições viciosas. Contudo é considerável iniciar precocemente um programa de reabilitação respiratória. Por outro lado, quando a PSC se encontra sob ventilação mecânica invasiva, o risco de retenção de secreções brônquicas é bastante elevado, razão pela qual o enfermeiro deve proceder à limpeza das vias aéreas, como forma de a manter patente, tal como realizar técnicas de expansão e reexpansão pulmonar através da hiperinsuflação manual ou ventilatoria. No entanto, direcionando para o doente não ventilado é essencial promover o levante precoce e estimular a realização de exercícios respiratórios, por exemplo através do espirómetro, a fim de favorecer a expansão torácica e tonificar a musculatura respiratória. São momentos onde a presença do enfermeiro adquire tal importância, permitindo reduzir o medo e a ansiedade da pessoa ao seu cuidado, contribuindo para reduzir o esforço respiratório (Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Por outro lado, apesar da equipa multidisciplinar prestar cuidados especializados, evitando que as complicações se sobreponham ao sucesso da transplantação, pode ocorrer inevitavelmente a rejeição do órgão, estimulado pelos anticorpos ou pelos linfócitos T do recetor (Díaz Jurado, Díaz Barnet, Salillas Adot, Escofet Gómez, & Julve Ibáñez, 2007). A plasmaforese torna-se um tratamento alternativo aplicado para reverter o quadro. Consiste numa técnica que remove o plasma do doente, devolvendo ao recetor as células sanguíneas e o mesmo volume retirado em plasma fresco, removendo substâncias solúveis no plasma, como é o exemplo dos anticorpos. Contudo, este tratamento apenas elimina os anticorpos ou

outras substâncias, não cessa a produção das mesmas, por este motivo, é importante a manutenção da imunossupressão como terapêutica complementar (Díaz Jurado et al., 2007; Moraes et al., 2007).

A equipa de enfermagem que cuida da PSC quando submetida a este tratamento invasivo necessita de manusear e conhecer bem o seu mecanismo, parâmetros e possíveis complicações, de modo a atuar em conformidade no bem-estar do doente. As suas intervenções passam por vigiar perdas hemáticas, manusear corretamente os acessos vasculares e vigiar a presença de reações anafiláticas (Díaz Jurado et al., 2007).

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório baseiam-se na vigilância de sinais e sintomas, com sentido de prevenir e intervir em complicações que comprometam a funcionalidade do enxerto ou a vida do doente. O enfermeiro tem o compromisso, ético inclusive, de caminhar em busca de novos conhecimentos e nova evidência científica, a fim de reconhecer informações importantes na identificação das necessidades, contribuindo com intervenções especializadas para melhoria da qualidade de vida da pessoa ao seu cuidado. Contudo, e apesar dos cuidados serem direcionados para a manutenção da estabilidade no pós-operatório, a equipa de enfermagem não pode descuidar da vertente emocional e relacional. Devido ao percurso de vida, marcado pelo sofrimento e pela incerteza do prognóstico e tratamento, as exigências emocionais e físicas não devem ser menosprezadas (Borges et al., 2012; Pio et al., 2016). O enfermeiro deve adequar a sua postura profissional e promover a individualização dos cuidados, com o intuito de diminuir distâncias e aumenta a disponibilidade para com a PSC. Esta proximidade traduz-se em ganhos no desenvolvimento de uma parceria mutua, a fim de melhorar o conforto e estimular o empenho e dedicação do doente (Borges et al., 2012; Pettengill & Souza, 2011).

A trajetória de vida, o sofrimento da PSC no pré-transplante e posteriormente a satisfação e alegria de vivenciar uma nova fase com melhoria dos sintomas físicos, geram uma ambiguidade de sentimentos rumo ao desconhecido. A função do enfermeiro, neste aspeto, é inquestionável. É importante a equipa investir no cuidado integrado e não meramente técnico. As tecnologias têm como premissa a produção de uma relação de interação entre enfermeiro/doente, indispensáveis à prestação de cuidados (D. Silva et al., 2008). Promover uma relação inter-humana,

conhecendo as necessidades subjetivas do doente, proporciona o restabelecimento de uma relação empática, essencial para a individualização de cuidados (Borges et al., 2012). Neste processo de interação, estão presentes sentimentos, emoções, valores e saberes, que permitem ao enfermeiro compreender qual o sentido de doença e de sofrimento, possibilitando, desta forma, caminhar lado a lado com o doente, a fim de alcançar o autoconhecimento e autocontrole do mesmo (D. Silva et al., 2008).

Contudo, a família também desenvolve um papel preponderante no pós-transplante, apesar de não contribuir diretamente para a prevenção da rejeição do órgão, colabora indiretamente, pois proporciona bem-estar psíquico ao doente. Conviver com situações geradas pelo processo de transplante é uma experiência singular, não só para o doente, mas também para todas as pessoas que se encontram ao seu lado. A relação familiar apresenta-se interligada, desta forma, cabe ao enfermeiro orientá-la e reconhecê-la como coparticipante nos cuidados, pois a sua presença proporciona conforto, conexão e aumento da autoestima do doente, elevando a resultados mais satisfatórios e médio e longo prazo (Coscia et al., 2016; Pio et al., 2016).

Para concluir, as evidências encontradas no cuidar ao doente submetido a transplante, são promotoras do desenvolvimento de intervenções específicas fundamentais para a prevenção, reconhecimento e tratamento imediato, tais como a vigilância de sinais e sintomas, estabilização hemodinâmica, administração de terapêutica imunossupressora e acompanhamento do doente/família, como forma de reduzir complicações que comprometam a saúde da pessoa ao seu cuidado, o tempo de internamento em UCI ou UT e melhoria dos resultados globais (Coscia et al., 2016).

2 – ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Desde o início do Mestrado com Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica que tenho mobilizado conhecimentos e expandido capacidades, com o intuito de me desenvolver a nível profissional, a fim de me tornar especialista, com domínio em todas as competências. Na sequência da elaboração do projeto de estágio estruturei o meu percurso formativo em diferentes contextos hospitalares, de modo a desenvolver o meu processo de aquisição de competências especializadas. O regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas na área à Pessoa em Situação Crítica, assim como os objetivos preconizados nos Descritores de Dublin do 2º ciclo e os definidos pelo Curso de Mestrado à Pessoa em Situação Crítica serviram como base na organização do meu processo de aquisição de competências (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O meu percurso formativo decorreu ao longo de 16 semanas em dois contextos hospitalares distintos: serviço de urgência central e unidade de transplantação. Iniciei o meu primeiro estágio num serviço de urgência central de um hospital em Lisboa, com duração de 8 semanas, num total de 250 horas. A minha escolha deveu-se às particularidades existentes no cuidar à PSC, fundamentais para a aquisição de competências em situações de urgência e emergência como Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica na área da PSC. Foi um período bastante enriquecedor, pois promoveu o contacto com situações de urgência, emergência e trauma, no qual o meu convívio era reduzido. O meu segundo contexto decorreu na unidade de transplantação de um hospital em Lisboa, também num total de 250 horas durante 8 semanas. Foi um local onde desde muito cedo expressei intenção de estagiar, no qual permitiu o desenvolvimento de competências no cuidar à PSC submetida a transplante, possibilitando compilar conhecimentos e capacidades já adquiridas em contexto profissional com a aquisição de novas competências e aptidões numa área no qual tenho imenso prazer em trabalhar.

A análise do desenvolvimento e aquisição de competências será dividida em subcapítulos, referente aos objetivos do projeto e à luz das atividades realizadas em contexto clínico, no qual especificarei os resultados e as competências adquiridas.

2.1 – Cuidados especializados de enfermagem à PSC em situações de emergência

Para relatar o desenvolvimento e aquisição de competências no cuidado à PSC, considere importante realçar o objetivo “*Cuidar da PSC em situações de emergência, submetida a transplante e/ou falência orgânica*”, pois acredito que o verdadeiro significado da enfermagem supera a essência tecnológica, no qual se baseia no autêntico desejo de conhecer a pessoa como ser humano, centrado no cuidado ao doente e família, na sua individualidade e respetivas necessidades (Locsin & Purnell, 2009). Estas particularidades assentam numa prática de enfermagem inovadora baseada na evidência científica, fundamentando-se através da pesquisa, experiência clínica e valores do doente/família (Pedreira & Peterlini, 2011).

Nos últimos anos, em função do crescimento e da complexidade dos cuidados, a expansão do papel do enfermeiro estimulou o dever de investir e procurar conhecimentos específicos, nas diversas áreas, a fim de melhorar a qualidade das suas intervenções. Houve um despertar para a necessidade de expandir os cuidados de enfermagem, com o intuito de acompanhar os avanços significativos da medicina. O profissional que cuida da PSC requer um desempenho inovador, mobilizando conhecimentos técnicos e científicos, para atender à individualidade da pessoa ao seu cuidado (Pedreira & Peterlini, 2011; Sá, Botelho, & Henriques, 2015).

A aquisição de competências nesta área exige formação especializada e habilitação científica, técnica e humana para responder adequadamente a um conjunto de ações que implicam a tomada de decisão, fundamental para a promoção da saúde e prevenção da doença, em diversos contextos de ação. Tornando-o, deste modo, capacitado na estabilização, manutenção e recuperação, com vista à deteção precoce, perante situações que carecem de meios tecnológicos avançados

de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Com vista no objetivo estabelecido em contexto clínico de serviço de urgência central (SUC) e UT, irei analisar o meu desempenho, assim como refletir sobre o meu desenvolvimento de competências e atividades. De certa forma, terei como principal objetivo ser perita nos cuidados que presto, ou seja, compreender de maneira intuitiva cada situação e apreender rapidamente o problema do doente, agindo a partir de uma profunda compreensão da situação, com a finalidade de promover a melhoria do mesmo (Benner, 2001).

O Serviço de Urgência Polivalente define-se como um local onde se presta cuidados diferenciados em resposta às situações de urgência e emergência (Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, 2014). A equipa multidisciplinar, como forma de atender a situações de instabilidade, é dotada de um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento (Macphail, 2001). Desta forma, durante as oito semanas de ensino clínico, observei, cuidei e intervim ao lado da equipa de enfermagem, com o intuito de aprender com peritos na área nos mais variados cuidados que envolvam a PSC.

Em conjunto com a Enfermeira Orientadora, projetei o meu percurso clínico, de forma a permanecer maioritariamente alocada à sala de reanimação, prestando cuidados em conjunto com uma equipa habilitada e diferenciada em PSC, experiente na imprevisibilidade e tipologia de doentes que são encaminhados diariamente, em estado crítico, à sala de reanimação. No entanto, para conhecer outras vertentes da PSC, também desenvolvi competências no sector laranja e serviço de observação. O meu primeiro contato enquanto profissional no Serviço de Urgência foi bastante desafiante. Numa primeira fase, apesar da experiência prévia, procurava assimilar todas as explicações, assim como absorver todo o ambiente circundante. Posteriormente, a confiança e a segurança instalaram-se, possibilitando, desta forma, a aprendizagem e o bom relacionamento com a equipa multidisciplinar. Uma boa integração torna-se determinante para o sucesso da adaptação enquanto estudante e enfermeira, assim como no desenvolver do meu desempenho profissional, proporcionando crescimento e aquisição de novos conhecimentos, a fim de adquirir novas competências (Fernandes, Geraldês, Batista, & Alves, 2010). Considero que me adaptei favoravelmente aos contextos onde prestei cuidados, de

forma a tornar-me mais autónoma e competente na abordagem à PSC. A experiência prévia assim como o investimento pessoal definiram-se como características que modelaram favoravelmente a minha adaptação, fundamental para o desempenho e qualidade dos cuidados.

Numa fase inicial do meu percurso, percebi que os cuidados de enfermagem na manutenção da viabilidade do órgão transplantado seriam uma situação incomum no Serviço de Urgência. No entanto, optei por alargar os meus horizontes e perceber que intervenções de enfermagem possíveis se encontram relacionados com o tema Transplantação. Desta forma, procurei informação junto de peritos na área (elemento médico responsável pela área da transplantação no SUC e enfermeira do gabinete coordenador de colheita e transplantação (GCCT)) que me esclareceram que a equipa de enfermagem neste tipo de serviço tão específico, tem um papel preponderante na identificação e referenciação de potenciais dadores, assim como na estabilização hemodinâmica e ventilatória e no encaminhamento para a UCI ou bloco operatório (BO).

Tornou-se importante, numa primeira abordagem, conversar com o elemento médico responsável pela área da Transplantação no Serviço de Urgência, como forma de compreender a morte cerebral e as suas implicações. De acordo com Almeida, Lopes, Rocha, & Coutinho, (1998) a morte cerebral define-se como uma condição onde todas as funções cerebrais estão irreversivelmente comprometidas, apesar da função cardíaca e ventilatória ser preservada por meios artificiais. Está associado a internamentos inesperados devido a causas traumáticas, congénitas ou adquiridas (Doria et al., 2015). Explicaram-me que a certificação de morte cerebral requer a demonstração da perda definitiva e irreversível das funções do tronco cerebral, através das provas de morte cerebral. Uma vez estabelecido este diagnóstico, ocorrem cinco alterações vitais, como a ausência de estímulo respiratório, instabilidade hemodinâmica com queda progressiva da tensão arterial, ausência da regulação térmica, perda do equilíbrio hidroelectrolítico e da secreção hormonal e alterações da coagulação.

Após perceber os conceitos-chave, dirigi-me ao Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação, onde fui recebida pela Enfermeira Coordenadora do Gabinete. Foi uma conversa bastante interessante, onde realçamos a importância da equipa de enfermagem nos cuidados ao dador e recetor. A vigilância, por parte do

enfermeiro, tem um papel de grande relevância, através da ventilação adequada e da estabilização hemodinâmica e eletrolítica, a fim de melhorar a oxigenação e perfusão tecidual, como meio para garantir a qualidade do órgão e detetar precocemente sinais de inviabilidade dos órgãos (Lemes & Bastos, 2007). Destaco a existência de um grandioso trabalho de equipa, no pré assim como no momento de colheita, fundamental para agilizar todos os cuidados ao dador. No entanto, remetendo para o SUC, e face à evolução da tecnologia e da investigação na área, a doação tem adquirido gradualmente o seu papel no SUC. Neste tipo de doentes, a missão da equipa médica encontra-se emparelhada com a de enfermagem, rumando juntos para o mesmo sentido.

O meu papel em contexto clínico prendeu-se com a recolha de informações relevantes e direcionadas para este tipo de doentes, através da conversa com peritos e da pesquisa de programas e procedimentos implementados que promovem a articulação e os cuidados da equipa multidisciplinar. No percurso desenvolvido não tive oportunidade de prestar cuidados a potenciais dadores em morte cerebral, no entanto considero que desenvolvi conhecimentos nesta área, permitindo sair da minha realidade e alargar a minha visão a outros campos igualmente exemplares.

Durante o meu percurso formativo prestei cuidados especializados a doentes hemodinamicamente instáveis. Considero que, tal como a PSC, o doente em morte cerebral requer cuidados de elevada complexidade, de modo a identificar prontamente sinais de instabilidade e atuar em resposta a eventuais complicações, com o intuito de manter estabilidade hemodinâmica a promover a qualidade dos cuidados.

Como complemento ao trabalho desenvolvido, investiguei a importância e o contributo que os enfermeiros têm na manutenção de potenciais dadores e no suporte a desenvolver para com a família. Na minha opinião, e fundamentando-me com diversos autores, o cuidar do potencial dador envolve investimento e conhecimento científico nesta área, como forma de modelar atitudes e promover a dedicação e o brio profissional em todas as intervenções, a fim de proporcionar cuidados de qualidade, com o intuito de preservar as condições hemodinâmicas favoráveis para o transplante (Magalhães et al., 2018). A intervenção de enfermagem nos cuidados diretos ao potencial dador prende-se com o cumprimento de protocolos, com recurso a tecnologias específicas que direcionam para a

monitorização, manutenção e viabilização dos órgãos para transplante (Cavalcante, Ramos, Marques Araújo, Dos Santos Alves, & Batista Braga, 2014). Importa ressaltar que em todo o processo de cuidado ao doente em morte cerebral, a equipa de profissionais promove o respeito pela dignidade humana na morte, assim como garantir a adequada comunicação aos familiares, apelando ao altruísmo da possibilidade de doação, respeitando a vontade destes no caso de não concordância, embora não seja exigido por lei. Após notícia de irreversibilidade do quadro, valoriza-se a presença do enfermeiro junto da família, permitindo que a mesma se despeça, enaltecendo a decisão altruísta da dádiva. Desta forma, é de tal importância unir os cuidados prestados ao doente com os da família. É um processo complexo, que requer disponibilidade e a presença para responder às questões colocadas, atendendo às necessidades e à realidade de cada um. Não se deve apenas informar, mas sim compreender qual o nosso papel junto dos entes mais chegados, com o intuito de acolhe-los numa situação irreversibilidade (Cavalcante et al., 2014).

A competência desenvolve-se na ação, no entanto, e indo ao encontro dos critérios de avaliação das competências específicas do enfermeiro especialista (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018), sinto-me com capacidade de demonstrar conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral, promovendo a manutenção hemodinâmica do potencial dador, como resposta aos cuidados futuros no meu contexto profissional de UCI.

Durante o meu percurso desenvolvido em contexto de urgência, foram inúmeras as entradas de doentes por Via Verde (VV) trauma, o que permitiu desenvolver aptidões e habilidades nesta área que até ao momento era inexplorada por mim. Recordo-me da minha primeira abordagem ao doente politraumatizado, uma jovem vítima de atropelamento com traumatismo cranioencefálico (TCE) sem perda de consciência e com fratura da bacia e do membro inferior direito. Numa primeira fase visualizava mentalmente a informação interiorizada no suporte avançado de vida (SAV) trauma e lentamente realizava a avaliação de acordo com o *Airway Breathing Circulation Disability Expor/Environment* (ABCDE), esmiuçando cada ponto da mnemónica. Tive necessidade de investir nos cuidados ao doente vítima de trauma no serviço de urgência, de forma a perceber como era feita a avaliação e estabilização deste tipo de doentes, sendo que a realização do curso de

SAV Trauma, no corrente Mestrado em Enfermagem à PSC, teve uma importância significativa na aquisição de conhecimentos e competências. Por outro lado, a enfermeira orientadora contribuiu para o desenvolvimento de competências em traumatologia, uma vez que disponhamos, recorrentemente, de um pequeno período de conversa para expor as minhas dúvidas, receios e conhecimentos alcançados, com o intuito de refletir e aprender neste contexto. Posteriormente, a avaliação tornou-se cada vez mais intuitiva, estabelecendo prioridades e focando-me no real problema dos doentes. Até que autonomamente permanecia à cabeceira do doente na estabilização cervical, a comandar a equipa nas transferências, realizando a avaliação ABCDE eficazmente e acompanhando o doente para a realização de exames complementares de diagnóstico e BO.

Cuidar envolve consciência, comprometimento e interação, no qual quando associada à competência tecnológica, permite conhecer e observar a pessoa como um todo. Concorro com Locsin & Purnell (2009) quando afirmam que em ambientes tecnologicamente complexos, como é o caso da sala de reanimação, a equipa de enfermagem é desafiada a usar e compreender todos os meios que dispõe. No entanto, a essência de cuidar supera a tecnologia, contudo quando trabalhada em conjunto, permite compreender e valorizar o doente, tornando-o parte integrante do seu cuidado (Locsin & Purnell, 2009).

O trauma detém de uma elevada percentagem de mortalidade e morbilidade em Portugal, razão pela qual a VV Trauma adquire cada vez maior importância, pois quando tratado numa fase aguda, pode reduzir complicações e a mortalidade associada (Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO, 2010). A abordagem sistemática a este tipo de doentes, e articulando com o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018), permitiu-me melhorar os cuidados e adequar as intervenções junto do doente, utilizando a triagem primária e secundária, definindo prioridades e respondendo adequadamente em situações de trauma, de acordo com as mais recentes orientações científicas. Por outro lado, garanti a continuidade dos cuidados, através dos registos e transmissão de informação à equipa multidisciplinar, como forma da equipa caminhar no mesmo sentido, rumo à melhoria dos resultados alcançados. Devido à enorme afluência de doentes politraumatizados, desenvolvi capacidades e habilidades a serem úteis para o futuro, tornando-me mais autónoma e confiante na receção de doente politraumatizados.

Outro aspeto que também merece um especial interesse é a dor nos doentes politraumatizados. Desta forma e de modo a alertar toda a equipa para o quinto sinal vital, tive a oportunidade de assistir a uma formação sobre a dor controlada pelo aparelho de *patient-controlled analgesia* (PCA). Considerado pelos anestesistas como um método eficaz no controlo da dor moderada a intensa, permite ao doente a gestão da sua analgesia, no entanto sempre programado anteriormente o limite de dosagem máxima, pela equipa médica. Pode ser administrado por via endovenosa ou epidural, através da perfusão contínua de analgesia e com tomas pontuais em bolus. Em contrapartida, cabe à equipa de enfermagem estar desperta a sinais e sintomas que comprometem o estado clínico do doente, como hipotensão, retenção urinária, confusão, depressão do estado de consciência, entre outros (Aluane Silva, Rinaldi, & Gardin, 2016). Este ponto vai ao encontro de uma unidade de competência descrita no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018), no qual demonstro o meu investimento nesta área, permitindo intervir no controlo da dor junto deste tipo de doentes.

No entanto, e noutra vertente, recebi doentes vítimas de trauma por arma branca. Foram incidentes no qual o meu contato era reduzido, deixando-me vigilante nos indícios de prática de crime. Reconheço que assegurei a eficiência dos cuidados de enfermagem, preservando os vestígios de indícios de crime, e articulando no imediato com as entidades competentes. Durante a receção de vítimas com indícios de prática de crime, a equipa de enfermagem age com o intuito de proporcionar maior segurança e promover a saúde da pessoa ao seu cuidado. Por outro lado, também desenvolve um papel essencial, pois atua em parceria com as entidades competentes no diagnóstico, no reconhecimento de irregularidades e na preservação de vestígios (Perucci et al., 2019; Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Apesar de não ter presenciado nenhuma situação de exceção ou catástrofe pesquisei, com recurso à enfermeira orientadora, sobre o plano de emergência e catástrofe implementado no SUC, com o intuito de estar desperta para os procedimentos e aprender com o plano implementado. Deste modo, obtive contributos para o desenvolvimento da competência específica “*Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação*” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018), assim como a competência

definida pelo mestrado “*Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação*” (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

As situações do foro médico também permitiram o desenvolvimento de competências, sobretudo no cuidar da PSC com disfunção multiorgânica. Promovi cuidados especializados, como forma de garantir a segurança do doente, através da vigilância e identificação de sinais de instabilidade hemodinâmica e exaustão respiratória, antecipando as intervenções urgentes e respondendo eficazmente em conjunto com a restante equipa.

O SUC é um serviço diferenciado para responder a situações de urgência e emergência, desempenhando um papel específico na cadeia de resposta às quatro VV (acidente vascular cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM), trauma e sepsis) (Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto, 2014). Diariamente, na sala de reanimação, eram admitidas VV AVC e EAM, vindo do domicílio ou de outra unidade hospitalar. A equipa era informada com antecedência, de modo a contactar o médico especialista e a ter todos os recursos disponíveis para a receção do doente. Foi uma área onde desenvolvi competências no cuidar à PSC, uma vez que, em conjunto com a equipa multidisciplinar, prestei cuidados com a maior celeridade de procedimentos, acompanhando o mesmo a realizar exames complementares de diagnóstico ou no encaminhamento para a sala de hemodinâmica. Por outro lado, em diversas ocasiões, encontravam-se internados doentes com disritmias cardíacas. Eram momentos que requeriam um cuidar especializado com necessidade de vigilância intensiva, onde me apercebia da súbita evolução para peri-paragem, desta forma rapidamente agia na colocação de *pacemaker* provisório, administração de terapêutica inotrópica e encaminhamento para a respetiva sala de hemodinâmica.

Outra situação que requer vigilância intensiva e com o qual me deparei inúmeras vezes foi o encaminhamento de doentes para a sala de reanimação com estridor. Considerada uma emergência que se manifesta de forma aguda, razão pela qual é importante manter um cuidar especializado, a fim de otimizar a via aérea e prevenir a deterioração clínica (Lechtzin, 2019). Recordo-me de um doente do sexo masculino, que deu entrada, na sala de reanimação com estridor. Rapidamente se estabeleceu o contato com a equipa de anestesia e otorrinolaringologia, a fim de se proceder a uma avaliação e posterior entubação. A equipa prontamente definiu o

seu papel na abordagem ao doente, no qual eu estaria na via aérea. Foi uma entubação difícil com várias tentativas de entubação orotraqueal (EOT). Correspondi às expectativas, mantendo-me atenta com o material de entubação e aspiração sempre disponível, assim como com o ventilador montado e testado, pronto a adaptar ao doente.

Outro momento de aprendizagem, com o mesmo diagnóstico, tratou-se de uma senhora, acompanhada pela equipa da viatura médica de emergência e reanimação (VMER), que foi encaminhada para a sala de reanimação, onde foi triada com a pulseira vermelha, por estridor. Foi contactada a anestesia e a equipa de otorrinolaringologia. Administrei a terapêutica prescrita, preparei o aparelho de ventilação não invasiva (VNI) e adaptei à doente. Posteriormente com melhoria ventilatoria e estabilização da saturação periférica, optam por não ventilar e aguardar ida ao BO para realização de traqueotomia. Durante o período de espera, já sem a equipa médica presente, mantive um olhar atento, centrado no doente, sobre qualquer sinal e sintoma que indicasse descompensação hemodinâmica e ventilatoria. Mantive presente e demonstrei conhecimentos e habilidades no reconhecimento precoce de complicações e sinais de instabilidade, através da monitorização e avaliação do doente e das intervenções implementadas. Por outro lado, garanti a segurança da administração terapêutica, bem como assegurei a aplicação dos princípios de ergonomia e tecnológicos, a fim de aumentar, deste modo, a segurança, a saúde e o conforto do doente (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A segurança do doente tornou-se uma preocupação global. Reconheço a importância de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, com competência e habilidade, respeitando os princípios éticos e deontológicos (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015), com o intuito de alcançar os melhores resultados atendendo às necessidades do doente e família. Deste modo, torna-se importante implementar uma cultura de segurança que se baseie nos valores, atitudes, perceções e competências, promovendo por consequência o trabalho de equipa, a comunicação, a justiça e principalmente o cuidado centrado no doente e família (Pedreira & Peterlini, 2011). Tais intervenções devem estar baseadas na última evidência científica, de modo a fundamentar o bom exercício de tomada de decisão. A crescente incorporação de ciência e tecnologia à prática hospitalar, facilita o

entendimento do outro na sua plenitude, permitindo progredir com cuidados sustentados e integrados, a fim de manter a segurança e qualidade das nossas intervenções (Locsin, 2017).

Pelo conteúdo analisado, entendo que adquiri e desenvolvi a competência comum de enfermeiro especialista “*Garante um ambiente terapêutico e seguro*”, uma vez que a minha prática de cuidados era centrada na pessoa ao meu cuidado, respeitando a sua consciência, identidade cultural e espiritual, de modo a desenvolver uma relação terapêutica, prevenindo incidentes e promovendo o bem-estar do doente e família (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Considero que a competência tecnológica, nesta área, adquire grande importância, gerando impacto significativo nos cuidados de enfermagem, uma vez que permite fornecer dados objetivos, quando alicerçado ao conhecimento profissional, possibilita que o mesmo direcione as suas ações na promoção da saúde do doente. A prática de enfermagem quando unida ao cuidar tecnológico, promove o cuidar holístico, reconhecendo a pessoa ao nosso cuidado como ser completo (Locsin, 2017; Pereira et al., 2012).

No decorrer do meu percurso académico em contexto hospitalar, desenvolvi competências no cuidar à PSC, em diversas vertentes. A abordagem ao grande queimado proporcionou um momento de aprendizagem quer pela gravidade/complexidade da situação, quer pela especificidade das intervenções prestadas. Prestei cuidados de enfermagem especializados, sob orientação da Enfermeira Orientadora. Percebi, de imediato, a importância de adequar a sala de reanimação à receção do grande queimado e posterior influência do trabalho em equipa na rápida realização de procedimentos, estabilização hemodinâmica e encaminhamento para o BO. Os cuidados prestados traduzem-se num desafio face à gravidade das lesões e multiplicidade de complicações. Com o avanço do conhecimento técnico-científico e das novas tecnologias, o enfermeiro é um elemento essencial com pensamento crítico, capaz de identificar necessidades e atuar, de forma distinta, no desencadeamento de respostas metabólicas com danos imediatos (Pinho et al., 2017).

Senti-me competente e útil nos cuidados que pratiquei, no entanto, esta experiência constituiu um desafio para mim, uma vez que seria o meu primeiro

contato com o doente queimado. Por este motivo e pelos poucos conhecimentos nesta área, pesquisei a última evidência científica e estudei sobre esta temática, para me sentir mais apta e conhecedora na abordagem futura a um doente grande queimado. Conheci o programa implementado no suporte avançado de vida queimados (SAVQ) e percebi a relevância da abordagem pré-hospitalar neste tipo de doentes para redução da mortalidade e morbilidade dos mesmos. De um modo geral, mantem-se a abordagem inicial do SAV Trauma, através da mnemónica ABCDE, no entanto há o acréscimo da letra F, correspondente ao volume de ressuscitação estimado, através da Fórmula de *Parkland* ou da fórmula de *Brook* Modificada (Norma n.º 023/2012 de 26 de dezembro de 2012 atualizada a 13 de julho, 2017).

O segundo contexto clínico decorreu na unidade de transplantação, serviço no qual se encontram internados pós-operatórios imediatos de transplante renal, pós-operatório de transplante hepático e renopancreático e doentes críticos com diversas patologias quando têm por base a transplantação. Reconhecido pelo Ministério da Saúde, em 2015 como Centro de Referência do Transplante Pancreático e Hepático e em 2016 como Centro de Referência do Transplante Renal, tornando-se um local de extrema importância a nível nacional no diagnóstico e tratamento de doentes em falência do rim, pâncreas e fígado. A distinção impulsionou o melhoramento dos processos de difusão na inovação da ciência médica e das tecnologias de saúde, proporcionando cuidados de qualidade, beneficiando a saúde dos seus doentes (Despacho n.º 11297/2015 de 8 de outubro, 2015; Despacho n.º 3653/2016 de 11 de março, 2016).

No decorrer das 8 semanas, com o total de 250 horas, o contexto clínico em questão, possibilitou o desenvolvimento de competências no cuidar à PSC, no qual prestei cuidados diferenciados, em sintonia com a equipa multidisciplinar. Direcionei a minha prática para o doente transplantado, enaltecendo o seu envolvimento e da sua família, no processo saúde-doença. Recordo-me de um momento de aprendizagem que decorreu no terceiro turno. Tratou-se de um jovem transplantado renopancreático, já com várias co-morbilidades derivado da doença de base. Na abordagem, verifiquei que o doente se encontrava pouco reativo mas respondendo aos nossos estímulos. Rapidamente descompensou em termos hemodinâmicos, ficando bradicárdico, bradipneico e hipotenso. Numa primeira fase pensei “E agora,

o que faço?”, pois em contexto profissional e no SUC disponho de diversos meios e acompanhamento médico permanente, algo que nem sempre ocorria na UT.

Contudo, este sentimento durou breves segundos, colocando imediatamente em prática toda a experiência prévia adquirida. Rapidamente, em conjunto com a enfermeira orientadora, contactamos a equipa de emergência médica interna (EEMI), monitorizei o doente ao desfibrilhador, aumentei o oxigénio e preparei o material para possível EOT. Já com o EEMI presente, aspirei e administrei terapêutica, agindo em conjunto com a equipa multidisciplinar, de modo a evitar que o doente progredisse para paragem cardiorrespiratória. Após estabilização hemodinâmica, mantive um olhar atento, provido de conhecimento e vigilância intensiva, a fim de perceber qualquer sinal e sintoma de descompensação hemodinâmica.

Posteriormente, o meu percurso foi marcado por um leque variado de situações de elevada complexidade. Em todos os turnos, num primeiro momento, apresentava-me como estudante e enfermeira da especialidade médico-cirúrgica na área da PSC e procedia a uma avaliação minuciosa dos doentes ao meu cuidado, no qual avaliava os sinais vitais, observava os drenos, o local cirúrgico e os acessos venosos. Por inúmeras vezes deparava-me com doentes hipotensos e arrítmicos, agindo em conformidade na estabilização hemodinâmica.

Uma das situações que considero importante realçar trata-se de um doente do sexo masculino, de 55 anos, internado no pós-operatório de transplante hepático. À minha abordagem, reparei instantaneamente que apresentava palidez e sudorese. Avaliei os sinais vitais e o traçado cardíaco, onde constatei que o mesmo se encontrava hipotenso e em fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, comprometendo por consequência a função do enxerto. Informei de imediato a enfermeira orientadora, no qual contactamos a equipa médica. A PSC foi observada pelo médico da UCI, na possibilidade de transferência para esse serviço. Permaneci junto do doente intervindo em conjunto com o médico. Fui precisa na administração de terapêutica inotrópica e fluidoterapia. Gradualmente, o doente melhorou o seu quadro clínico, permitindo que o mesmo continuasse ao meu cuidado, no entanto planeei as minhas intervenções de modo a atender às necessidades da PSC, mantendo a vigilância minuciosa sob qualquer sinal de descompensação hemodinâmica.

Considero um momento bastante enriquecedor, pois possibilitou avaliar o doente na sua plenitude, assim como relacionar os sinais e sintomas que conduzem à rejeição do enxerto, atuando a partir da profunda compreensão da PSC, para o restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico e na prevenção e detecção de eventuais complicações (Locsin & Purnell, 2009; Pio et al., 2016).

Outra situação de aprendizagem tratou-se de uma doente transplantada renal há 8 anos, encaminhada por outra unidade hospitalar para a UT, por falência do enxerto renal com quadro de dificuldade respiratória. Após a admissão e avaliação da equipa médica e de enfermagem, a mesma desenvolve um quadro de edema agudo do pulmão. Procedi imediatamente à monitorização e avaliação de sinais vitais e incremento do aporte de oxigénio, assim como à administração das perfusões de dinitrato de isossorbida e furosemida e ao bolus de morfina. Progressivamente, a doente reverteu o quadro, contudo necessitou da minha presença constante, a fim de controlar a resposta ao diurético ou ao controlo da tensão arterial regulando o ritmo do dinitrato de isossorbida.

Entendo que a minha intervenção nos cuidados prestados, no qual dispunha de todos os meios essenciais à estabilização hemodinâmica da PSC, tornou-se uma oportunidade de aprendizagem que permitiu relacionar uma situação real com os conhecimentos adquiridos sobre os sinais e sintomas da rejeição do enxerto, mobilizando deste modo competências essenciais ao enfermeiro especialista.

A competência tecnológica é parte integrante da prática de enfermagem, onde o seu principal foco é a compreensão do doente como um todo. A tecnologia não deve ser vista sob um olhar reducionista associado apenas ao equipamento, mas sim envolver-se no cuidar, incorporando valores, ideais e conhecimentos científicos, de forma a guiar e orientar a prática. A junção desta competência distingue o profissional tornando-o único e autêntico, no desejo de conhecer a pessoa ao seu cuidado como ser humano (Locsin & Purnell, 2009; Pereira, Pinto, Tourinho, & Santos, 2012).

Na minha opinião, respondi instantaneamente e de forma antecipatória a focos de instabilidade, baseando a minha prática na evidência científica, na experiência prévia e nas competências específicas destinadas ao cuidar da PSC que adquiri no contexto anterior e transpus para este ensino clínico. Desenvolvi um olhar crítico-reflexivo e uma intervenção precisa e especializada na avaliação da PSC,

deteção, prevenção e tratamento de eventuais complicações que possam ocorrer, com o intuito de melhorar os meus cuidados e a qualidade de vida do doente e, conseqüentemente, evitar a rejeição do enxerto (Dâmaso, Santos, & Bezerra, 2017).

O foco das intervenções de enfermagem são direcionadas para a prevenção e detecção precoce de eventuais complicações, como complicações cirúrgicas, do enxerto e gerais (respiratórias, cardiovasculares, infecciosas, entre outros) (Mendes & Galvão, 2008). A competência tecnológica quando associada a um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades presentes no enfermeiro, permite conhecer o doente como um todo, em toda a sua plenitude. A sua essência amplifica uma prática competente e eficiente, reconhecendo e fortalecendo outras perspectivas essenciais à humanização dos cuidados. É de uso autêntico e intencional afirmando-se como parte integrante nos cuidados de saúde (Locsin & Purnell, 2009).

Por outro lado, foi importante para a minha aprendizagem prestar cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato do doente transplantado, uma vez que as primeiras 24 horas correspondem ao período crítico, onde a taxa de incidência de complicações, sobretudo a rejeição do órgão, é maior. É um período marcado pela instabilidade hemodinâmica e respiratória, com necessidade de cuidados individualizados, a fim de prevenir, antecipar e intervir junto de possíveis complicações que comprometam a vida da PSC (Antonia Silva et al., 2014). Prestei cuidados de enfermagem especializados, sob orientação de peritos na área, como forma de adquirir e fortalecer conhecimentos e habilidades no pós-operatório imediato de doentes transplantados, no qual transpus para a prática todo o conhecimento adquirido na evidência científica pesquisada para a realização da RIL [apêndice I]. Considero que desenvolvi capacidades através de intervenções de elevada complexidade, com necessidade de vigilância intensiva de sinais vitais, balanço hídrico, alteração do estado de consciência e administração precisa de terapêutica e fluidoterapia, que requerem, por parte do enfermeiro, conhecimentos da prática clínica e técnica, assim como julgamento científico, clínico e humanístico (Viana, 2011). O contato permanente com este tipo de doentes possibilitou o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas, relacionais e tecnológicas, permitindo correlacionar os elementos que dispunha com a situação clínica, de modo a conhecer o doente na sua plenitude (Antonia Silva et al., 2014; Viana, 2011).

De acordo com as atividades desenvolvidas descritas anteriormente em SUC e UT, considero que alcancei a competência específica *“cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018) e *“cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica”* (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), uma vez que mobilizei conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística à complexidade da situação, atuando de forma eficaz e antecipatória a focos de instabilidade e complicações. Por outro lado, *“demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos numa área específica da enfermagem e consciência crítica para problemas atuais/novos da disciplina”* (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), assim como desenvolvi a *“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”* (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013).

Como forma de compreender percurso do doente transplantado e quais as intervenções que advém das diferentes fases do processo, surgiu a oportunidade de acompanhar a equipa multidisciplinar, de modo a observar e intervir no decorrer das consultas de pré e pós-transplante renal, hepático e pancreático. Desta forma, compreendi a capacidade que a equipa de enfermagem possui, com o intuito de monitorizar e agilizar os cuidados que o doente transplantado deve ter no domicílio, considerando, deste modo, o acompanhamento em ambulatório, um ponto de grande relevância para o sucesso da transplantação. O facto de o doente ser transplantado, não é indicativo do sucesso do funcionamento do enxerto. Existem inúmeras complicações que a intervenção cirúrgica acarreta, contudo a PSC é a principal interveniente no cumprimento da terapêutica, dieta, cuidados à ferida cirúrgica, entre outros. O contínuo acompanhamento por parte do enfermeiro, na consulta, torna-se fundamental para identificar sinais de incumprimento ou não aceitação do processo. O enfermeiro desenvolve um papel importante na promoção, prevenção e reabilitação do doente, fortalecendo orientações, a fim de evitar a rejeição do enxerto (Zani, Paz, & Boniotti, 2009).

Todas as semanas ocorre uma reunião com a equipa multidisciplinar para discutir o grau de gravidade dos doentes em lista de espera. Os que se encontram no topo da lista são contactados via telefone, com o intuito de se dirigirem ao hospital para a consulta de pré-transplante. É neste momento que se inicia o processo de preparação para o transplante hepático do doente e pessoa significativa, tendo como finalidade desmistificar crenças e esclarecer eventuais dúvidas e expectativas existentes. São identificados quais os recursos do doente e família, no que respeita à necessidade de transportes, suporte familiar e condições de habitabilidade, referenciando, se necessário para a assistente social, psicóloga, entre outros elementos da equipa multidisciplinar, para juntos promover a melhor adesão possível ao tratamento. Por fim, são disponibilizadas informações gerais sobre o processo e realizados ensinamentos sobre a nova fase, onde é realizada a integração ao hospital e explicado o percurso desde o momento da chamada para o transplante até à alta hospitalar, com possíveis complicações. A minha intervenção junto da PSC e família prendeu-se pela exposição da minha experiência enquanto enfermeira na UCI, explicando a abundância de mecanismos tecnológicos e os cuidados prestados à PSC submetida a transplante, com possíveis complicações. Posteriormente, assisti a consultas no pós-transplante hepático. Durante a consulta, partilhei os conhecimentos adquiridos no contacto com a pessoa transplantada, no qual transmitia os cuidados a ter no local cirúrgico, sobre a medicação e os novos hábitos sociais e alimentares. A equipa de enfermagem envolve-se nos cuidados e centra-se no doente transplantado, de modo a identificar aspetos relevantes sobre o cumprimento da medicação e os ensinamentos realizados. Esta proximidade no decorrer da consulta, permite perceber a adaptação do doente e vigiar/identificar precocemente sinais e sintomas que indiquem presença de complicações (L. Mota, Bastos, Alice, & Brito, 2018). Percebi que o acompanhamento da pessoa significativa é fundamental, pois na maioria dos casos são o principal suporte e gestores da terapêutica e dos cuidados após a alta. A família também atravessa um período de transição, com necessidade de reorganização e mudança na sua vida. Contudo desenvolve um papel preponderante na proteção e valorização da vida, adaptando-se a novas situações que possam surgir com o doente (Cruz, Daspett, Roza, Ohana, & Horta, 2015).

A abordagem da equipa de enfermagem na consulta de transplante renal e pancreático apresenta uma perspetiva muito semelhante. Numa fase inicial, o acompanhamento em consulta é realizado semanalmente até estabilização dos valores analíticos. O enfermeiro focaliza-se na identificação precoce de sinais e sintomas resultantes da alteração das provas de função renal, por exemplo, através da validação da medicação prescrita, monitorização do peso e glicémia capilar e confirmação da dieta instituída. No entanto, em caso de início de rejeição do enxerto, o enfermeiro segue o protocolo instituído no encaminhamento do doente para o internamento e articula o processo com a restante equipa multidisciplinar da UT. Pode observar e participar nos cuidados ao doente transplantado na sala de tratamento, nomeadamente na realização de ensinamentos na auto-observação, realização de pensos cirúrgicos, retirada de agafos e pontos ou outras técnicas conforme a necessidade do doente ao nosso cuidado. No âmbito da consulta, os cuidados ao doente transplantado incidem-se maioritariamente sobre a educação para um novo estilo de vida. É importante o enfermeiro empenhar-se em todo o processo educacional, estabelecendo uma relação terapêutica, a fim de estimular o envolvimento da pessoa e família em todos os cuidados essenciais à sua recuperação, como a finalidade de manter o sucesso a longo prazo do enxerto transplantado (Antonia Silva et al., 2014). A presença nas consultas de transplantação gerou um contributo enriquecedor no desenvolvimento do meu percurso enquanto enfermeira. Realço os novos conhecimentos alcançados que transpuseram para as competências já adquiridas na prestação de cuidados e o reconhecimento que a equipa tem por parte do doente e família. Considero que o constante acompanhamento, envolvimento e dedicação do enfermeiro, fortalece a confiança e segurança do doente e pessoa significativa, permitindo integrar na sua vida pessoal a informação apreendida, como forma de melhorar a qualidade de vida e o sucesso do enxerto transplantado.

Ao acompanhar as consultas de pré e pós-transplante observei a estrutura que apoia e sustenta o doente e família no domicílio. Transpondo para o meu percurso formativo desenvolvido na UT, considero que esta experiência produziu frutos relevantes para a minha prática e para os ensinamentos que realizei junto da PSC e família, uma vez que o acompanhamento e a orientação dos mesmos no novo

momento das suas vidas, permite construir uma ponte de conhecimentos informados e esclarecidos, importante para a adaptação ao mundo exterior.

A minha abordagem incidiu-se na educação e no esclarecimento de dúvidas, sustentando a minha informação na evidência científica pesquisada, assim como das aprendizagens alcançadas com peritos na área. Senti uma grande responsabilidade no meu papel com receio de errar ou de não ser suficientemente explícita na minha comunicação, proporcionando, por outro lado, um aumento das dúvidas e da vulnerabilidade. Penso que agi corretamente, adequando a linguagem clínica à pessoa e família ao meu cuidado, explicando o intuito da terapêutica, da dieta, da exposição em locais públicos, entre outros, validando constantemente todos os ensinamentos que realizava, de forma a evitar qualquer equívoco. Estabeleci uma relação terapêutica com o mesmo, criando abertura para expor as suas dúvidas e receios, assim como para poder compreender em que fase da aquisição de autonomia, o doente se encontrava. A PSC quando submetida ao transplante manifesta inúmeras alterações metabólicas, físicas e psíquicas, que requerem modificações do seu estilo de vida. Por este motivo, é confrontada com múltiplas adversidades, necessitando de percorrer um longo caminho para se adaptar à sua nova condição, no qual capacidade de se adaptar, de mobilizar recursos e de se autocuidar (Catela & Amendoeira, 2010).

O enfermeiro apresenta um papel preponderante nos ensinamentos ao doente e família, no qual necessita de perceber as vivências e experiências da pessoa ao seu cuidado e encontrar um caminho eficaz na implementação de intervenções, sugestivas de mudanças no comportamento e no estilo de vida, interferindo nos seus valores e crenças pessoais (Catela & Amendoeira, 2010; Mendes & Galvão, 2008). Desta forma, a criação de uma relação terapêutica proporciona o crescimento de habilidades cognitivas e psicomotoras fundamentais para dar continuidade aos cuidados, com rumo à independência do doente no pós-transplante, assim como na prevenção e deteção precoce de possíveis complicações (Mendes & Galvão, 2008; L. Oliveira, Gonzaga, Giaretta, & Sant'Anna, 2001). A família também adquire especial importância na adesão ao regime terapêutico e medicamentoso, influenciando positivamente o seu familiar, nas diversas áreas de cuidados. A mesma está intimamente ligada à saúde da pessoa transplantada, uma vez que partilham relações, vivências e experiências. O seu apoio e empenho contribuem

para melhorar o bem-estar e a adesão do doente, proporcionando segurança que lhe permite confiar (Catela & Amendoeira, 2010).

Considero que o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito é um processo complexo que envolve disponibilidade e presença, a fim de aumentar a liberdade do doente para expor os seus receios e medos. A equipa de enfermagem atua promovendo a gestão do regime terapêutico, assim como nos ensinamentos de possíveis sinais e sintomas, indicativos de algum tipo de rejeição do enxerto, visando a recuperação e a promoção da qualidade de vida do mesmo (Mendes & Galvão, 2008; L. Oliveira et al., 2001). A avaliação dessa adesão é responsabilidade da equipa de enfermagem, desta forma é necessário serem promovidos conhecimentos sobre indicações, mecanismos de ação, efeitos colaterais e cuidados necessários, com o intuito de desenvolver ações educativas proporcionando, como resultado, o aumento da satisfação e da qualidade de vida, assim como o *empowerment* do doente frente ao processo de doença e adesão à terapêutica (Mendes & Galvão, 2008; R. A. Oliveira, Natália, Turrini, & Poveda, 2016).

Pelo descrito anteriormente e complementando com as minhas intervenções no primeiro contexto hospitalar, entendo que alcancei a competência comum do enfermeiro especialista “*Garante um ambiente terapêutico e seguro*”, uma vez que atuei proactivamente na promoção do bem-estar e na adequada gestão do risco, de modo a reduzir a probabilidade de erros. Por outro lado, promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual impulsionando a segurança e a proteção dos doentes, assim como estimulei o envolvimento da família e pessoas significativas, com o intuito de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Toda a minha prática foi sustentada no exercício seguro, profissional e ético, fomentando a segurança e a confidencialidade e respeitando proactivamente os direitos humanos, a cultura, os valores e as crenças espirituais da pessoa ao meu cuidado. Considero que a minha abordagem para com a PSC e respetiva família assentou num corpo de conhecimento no domínio ético e deontológico, no qual assegurei a atualização permanente dos meus conhecimentos, reforçando a minha análise e interpretação de situações específicas nos cuidados especializados prestados (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015). Tive por base os princípios éticos de enfermagem do artigo 81.º da Deontologia Profissional de Enfermagem

(Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2015) ao cuidar da PSC e respetiva família. Os cuidados que prestava assentavam na obrigação ética de proporcionar o bem, com o intuito de maximizar os benefícios e minimizar os danos – princípio de beneficência. Por outro lado e de acordo com o princípio da não maleficência requereu, da minha parte, ponderação do risco/benefício, no qual a minha decisão dependia dos valores e interesses da pessoa ao meu cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Este aspeto permitiu compreensão e avaliação sobre o que é correto ou desejado nas minhas ações, mobilizando normas, códigos e valores, de forma a tornar-me mais consciente e responsável no cuidar à PSC, dignificando a profissão (Carper, 1978).

O respeito pela autonomia está implícito na minha prática e na minha maneira de ser, uma vez que cada pessoa tem a liberdade das suas escolhas de forma livre e informada (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2015). Durante a prestação de cuidados informava sobre os procedimentos e intervenções que realizava, esclarecendo as dúvidas e respondendo às questões da PSC e família, de modo a consentir as minhas intervenções de forma informada e esclarecida. Contudo, ocorreram inúmeras situações de urgência no qual a PSC se encontrava capaz de tomar decisões, tanto por alterações do estado de consciência ou por se encontrar sedoanalgesiadados e EOT sem a presença da família, sendo impossível realizar o seu parecer. Nestes casos agi de acordo com o princípio da beneficência e da não maleficência, sempre promovendo o direito à proteção e à vida, como descreve o princípio da justiça. A componente tecnológica não era descuidada, uma vez que me possibilitava maior compreensão e me tornava mais conhecedora da PSC, permitindo humanizar os cuidados que prestava (Christoffel, Cunha, SantAnna, & Garcia, 2009).

Deste modo considero que alcancei a competência comum “*Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional*”, uma vez que promovi o exercício profissional de acordo com o código deontológico, no qual a equipa de enfermagem está inserida, refletindo e orientando a tomada de decisão sustentada no conhecimento e experiência. Da mesma forma, entendo que atingi a competência “*Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”, pois os cuidados prestados por mim, asseguravam

a proteção dos direitos humanos, no qual a minha prática assegurava o acesso à informação, confidencialidade, segurança e privacidade, respeitando no mesmo seguimento os valores, costumes e crenças espirituais da pessoa ao meu cuidado (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Como forma de desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados, numa primeira abordagem, acompanhei a enfermeira orientadora do SUC, como responsável da sala de observação, no qual observei e interagi numa vertente mais direcionada para a organização do trabalho, comunicação com a equipa multidisciplinar, delegação e coordenação dos recursos humanos e materiais, no sentido de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Foi um ponto enriquecedor, no qual permitiu adquirir uma visão ampla do serviço, de modo a estabelecer prioridades a fim de garantir a qualidade dos cuidados. Atuei na orientação de doentes para outros serviços e no encaminhamento da PSC proveniente de outros sectores, bem como na articulação com os assistentes operacionais na mobilização de doentes para realização de exames ou na gestão de visitas. Contudo na descompensação hemodinâmica da PSC mantinha-me presente, comunicando com a equipa médica e articulando com a equipa de enfermagem.

Por outro lado, no âmbito do meu segundo contexto clínico acompanhei a enfermeira-chefe da UT, como forma de complementar o meu percurso de aquisição de competências na área da gestão. Presenciei e participei na coordenação da equipa e na gestão de vagas, utilizando os recursos de forma habilitada para promover a qualidade dos cuidados. Tive oportunidade de observar como é feita a distribuição e gestão dos enfermeiros no turno e de conversar com os doentes e respetiva família na sua receção, de modo a explicar e gerir as visitas do mesmo, assim como coordenar as transferências com a equipa médica e articular com os enfermeiros da UT. Ambas as perspetivas possibilitaram desenvolver a minha capacidade de organização e gestão no serviço, no qual transpus a informação e o conhecimento adquirido para o meu contexto profissional. Tornou-se um elemento facilitador, não só porque melhorou a minha gestão de prioridades, como promoveu o desenvolvimento da capacidade de observar o serviço na sua generalidade, antecipando as necessidades organizacionais.

Pelo conteúdo analisado, considero que alcancei as competências comuns *“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a*

articulação na equipa de saúde” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), assim como a competência do mestrado à PSC *“Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar”* (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), uma vez que desenvolvi capacidades de enfermeiro perito na gestão, delegação e supervisão de cuidados, assim como na resolução de problemas, definindo instantaneamente prioridades, de modo a promover globalmente a segurança e a qualidade dos mesmos (Benner, 2001; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

2.2 – Prevenção e controlo da infeção na promoção da qualidade e segurança dos cuidados

Como forma de atingir o objetivo proposto para o ensino clínico *“Cuidar da PSC tendo em conta os princípios de segurança, qualidade e prevenção/controlo de infeção”* foi necessário investir e refletir sobre as minhas intervenções em múltiplos contextos de atuação, como forma de reforçar e ampliar as minhas práticas na promoção de um ambiente seguro e terapêutico.

De acordo com a World Health Organization (2019), as infeções associadas aos cuidados de saúde tornaram-se num problema global, que merece de especial atenção por parte da equipa multidisciplinar, uma vez que afeta centenas de pessoas todos os anos. É definida como uma infeção adquirida em meio hospitalar ou outra instituição de saúde, não existente na admissão, causada por microrganismos resistentes à antibioterapia mais administrada. Melhores práticas reduzem significativamente o risco de infeção, evitando por consequência o acréscimo do tempo de internamento, o aumento da resistência antimicrobiana e o agravamento da incapacidade do doente a longo prazo (Allegranzi, 2016). O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) salienta a necessidade de um conjunto de boas praticadas na prevenção e controlo da infeção. A adesão, por parte dos profissionais, permite a redução significativa da transmissão e incidência de infeção, traduzindo-se num decréscimo para 7,8% em 2017 (10,5% em 2012), de acordo

com os últimos estudos publicados, reforçando novamente como meta a redução do número de infeções hospitalares para 2020. As precauções básicas em controlo de infeção sustentam orientações de boas práticas nas medidas implementadas para garantir a qualidade dos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017). É neste ponto que as intervenções de enfermagem adquirem especial importância na prevenção e controlo, possibilitando cuidados individualizados providos de segurança e valor.

Considero que desenvolvi competências nesta área nos diferentes contextos. Direcionado a minha prática para o SUC, na abordagem à mais variável tipologia de doentes, recorria sempre à utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's), tanto pelo presente risco de infeção e respetiva transmissão, como pelos múltiplos procedimentos invasivos (EOT, colocação de acessos vasculares, entre outros) necessários para estabilização hemodinâmica do doente. No entanto, em determinadas ocasiões acolhia doentes vindo de residências sénior, com isolamento a um agente patogénico identificado, colocando em prática a evidência pesquisada sobre precauções básicas do controlo de infeção assim como os procedimentos implementados no serviço. Contudo, em época de contingência, a afluência à urgência era bastante elevada, o que levava a um esforço acrescido por parte da equipa, a fim de salvaguardar o cumprimento dos procedimentos e a exposição dos restantes doentes a um agente infeccioso. Considero que a minha abordagem nesta área gerou frutos junto dos doentes e profissionais de saúde. Na receção de um doente na sala de reanimação, o espaço físico era rapidamente delimitado, de modo a evitar o contato com materiais de outros doentes. Contudo, após o encaminhamento da PSC para outro serviço, incentivei e controlei a limpeza e desinfeção do material, quer fosse macas, balas de oxigénio, sistemas de soros ou monitores. Do mesmo modo, entendo que a higiene das mãos nos 5 momentos de contato com a PSC reforça o controlo de infeção, razão pela qual sensibilizava o doente e respetivos acompanhantes, realizando ensinamentos sobre esta temática.

Por outro lado, a UT permitiu ampliar os meus conhecimentos e habilidades no controlo da infeção e qualidade dos cuidados, pois os doentes internados encontram-se maioritariamente sob administração de imunossuppressores. Como referido anteriormente, este tipo de terapêutica inibe o sistema imunológico do doente, tornando-o mais suscetível ao aparecimento de infeções, razão pela qual uma das medidas implementadas pelo Centro Hospitalar é a manutenção do serviço

em isolamento, com acesso bastante restrito a visitas. Permitiu perceber a importância das nossas intervenções a este tipo de doentes, através do uso de EPI's ou da lavagem correta das mãos, a fim de evitar a propagação de microrganismos. Foi um local com uma conduta diferenciada que fomentou a minha sensibilidade e consciência para conhecimentos mais avançados sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua. Assim e atendendo à realidade atual da proliferação de microrganismos multirresistentes nos diversos serviços hospitalares, considerei importante participar numa formação na unidade hospitalar onde estagiei sobre “Precauções Básicas em Controlo de Infecção” [apêndice II]. A presença em duas sessões de duas horas permitiu consolidar conhecimentos prévios e aplicar aquando a prestação de cuidados a doentes submetidos a transplante. Em contrapartida, tornei-me mais minuciosa na vigilância da prevenção da infeção no local cirúrgico ou nos acessos vasculares, pois pequenas intervenções, por parte da equipa de enfermagem, proporcionam um grande passo para a melhoria clínica e aceitação do órgão enxertado.

Considero que prestei cuidados especializados com elevado rigor e dedicação, demonstrando conhecimentos sobre o PPCIRA e seguindo as diretivas da Comissão de Controlo de Infecção. Do mesmo modo, salvaguardei o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, por parte das visitas, através de ensinamentos sobre o transplante e a importância da prevenção e controlo de infeções. Por estas considerações, entendo que adquiri a competência específica *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil”* (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), indo ao encontro com a do Mestrado *“Maximizar a intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”* (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), assim como as competências comuns do enfermeiro especialista *“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* e *“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”* (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

2.3 – Comunicar com a PSC e sua família

Cuidar não pressupõe, unicamente, a mobilização de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, mas assenta na combinação de habilidades técnicas com capacidades cognitivas, socio-afetivas e relacionais. Exige um intenso investimento afetivo, revelador da essência do enfermeiro, manifestado através da sua capacidade de escuta, respeito e compreensão pelo outro. Os aspetos relacionais e comunicacionais adquirem um papel importante na prática profissional, influenciando a interação com a equipa multidisciplinar, doente e respetiva família, num determinado contexto (Phaneuf, 2005). Na arte de saber cuidar, a comunicação é um processo dinâmico e contínuo entre diferentes indivíduos, permitindo interpretar adequadamente e humanamente as necessidades do doente/família, influenciando, por consequência, a qualidade dos cuidados (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Por este motivo, considereei significativo abordar como objetivo “*Comunicar de forma adequada e eficaz com o doente e família*”, uma vez que é uma área em constante aprendizagem, intrínseca à natureza humana, que requer habilidade para compreender as necessidades, dificuldades e expectativas da pessoa e família ao meu cuidado.

A comunicação define-se como um processo complexo, de troca de informações, pensamentos e sentimentos entre pessoas. Encontra-se envolta numa ação com duas vias, dependentes do contexto físico, de valores culturais e sociais e de condições psicológicas, onde cada membro se influencia mutuamente, partilhando as suas intenções, opiniões e emoções sentidas, como forma de criar laços significativos (Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Phaneuf, 2005). Do mesmo modo, Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, & Behrens (2009) caracterizam a comunicação como um processo dinâmico e contínuo, determinada pela partilha de experiências entre os participantes e essencial para estabelecer o relacionamento interpessoal ou terapêutico.

Considero a comunicação de extrema importância no exercício profissional, uma vez que constitui a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro, capaz de diminuir distâncias e fortalecer laços interdisciplinares entre doente/enfermeiro/família, de forma a promover a segurança e estimular a esperança e a capacidade de adaptação dos mesmos (Pettengill & Souza, 2011). O

simples facto do enfermeiro não reconhecer a importância da comunicação, compromete a eficácia dos cuidados e por consequência a qualidade de vida do doente (Coelho & Sequeira, 2014).

No decorrer da minha prática em contexto clínico pude desenvolver as minhas estratégias de comunicação nas mais distintas situações de cuidados. Por um lado, o serviço de urgência desafiou esta competência tanto pela imprevisibilidade dos acontecimentos, como pela capacidade de ter de responder eficazmente a episódios críticos e agudos de doença. Ampliei as minhas aptidões na comunicação com a PSC, no entanto a minha maior aposta prendeu-se pela comunicação com a família. Ocorreram momentos de descompensação hemodinâmica, no qual a PSC se encontrava sedoanalgesiado e EOT, contudo apesar dos meus cuidados estarem envoltos em respeito e dignidade da mesma, não descuidei a família, uma vez que é necessário cuidar da mesma e torná-la parte integrante dos cuidados que se presta.

No momento de instabilidade hemodinâmica do seu familiar e na comunicação de más notícias, as pessoas significativas experienciam momentos de extrema ansiedade e incerteza (Sá et al., 2015). Uma equipa atenta e sensível às necessidades e envolvimento da família torna-se promotora de cuidados holísticos. É fundamental alargar a esfera de intervenção de enfermagem, como forma de estimular a relação terapêutica e a tríade doente, família e enfermeiro (Sá et al., 2015; Souza, Louise, Barilli, Selaimem, & Azeredo, 2014). Comunicar uma má notícia é definido como a transmissão de informação que afeta negativamente a visão do doente e família sobre o seu futuro. Considero ser um momento de grande complexidade e responsabilidade, uma vez que requer compreensão de todo o processo envolvido, de modo a fornecer informação explícita de grande impacto emocional, indo ao encontro das necessidades que cada pessoa carece no presente. Após uma pesquisa relacionada com a temática, aprendi que existe um protocolo de seis etapas para a transmissão de más notícias denominado de SPIKES, no qual sustentei a minha abordagem à família utilizando esta mnemónica, (Buckman et al., 2000). Esta ferramenta tornou-se importante e vantajosa como guia na arte de comunicar com a PSC/família. Posteriormente, em situações semelhantes, tive presente as seis etapas na estruturação do discurso, de modo a tornar-se mais explícito e adequado, a fim de aumentar o meu grau de confiança em comunicar neste tipo de situações.

Por outro lado, considero que a UT possibilitou ampliar a habilidade de comunicar junto do doente transplantado e respetiva família, permitindo modificar o meu discurso, adaptá-lo à pessoa ao meu cuidado e construir uma relação envolta em respeito e individualidade. Durante o internamento, o doente confronta-se com a perda da sua privacidade, da necessidade de restrição ao leito ou da realização de procedimentos invasivos que de certo modo causam ansiedade e angústia face à hospitalização. Na minha opinião, estes aspetos podem ser minimizados através de uma boa comunicação e da inclusão do doente e família no seu processo de recuperação (Pettengill & Souza, 2011). Tive oportunidade de dedicar tempo dos meus cuidados a desenvolver a comunicação e as relações interpessoais, no qual abordava o doente e a família sobre os seus sentimentos face ao transplante, sobre as mudanças que acarretava na sua vida e os ensinamentos sobre sinais, sintomas e intervenções a fim de evitar a rejeição do enxerto. Considero que exigiu um compromisso sobre a minha forma de comunicar que, de certo modo influenciou a relação com a pessoa cuidada e família, permitindo escutar ativamente e adaptarmo-nos mutuamente respeitando os valores, crenças e ideias de cada um. Utilizei uma comunicação eficaz e afetiva, com linguagem acessível, promovendo um sentimento de segurança e minimização da ansiedade, a fim de alcançar a qualidade dos cuidados.

Entendo que desenvolvi competências no âmbito da comunicação no cuidar à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos de doença crítica, mais especificamente nas unidades de competência *“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidados face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”* e *“gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”*, pois demonstrei conhecimentos adotando estratégias de comunicação face às barreiras existentes, utilizando habilidades de relação de ajuda e reconhecendo o impacto das minhas ações junto da pessoa e família. Por este motivo, considero que promovi cuidados de qualidade, através da vertente comunicacional, uma vez que me tornei sensível às necessidades da pessoa ao meu cuidado, não descuidando o compromisso ético e moral, possibilitando deste modo, cuidados individualizados envoltos na dignidade, respeito, informação compartilhada e participação de todos nos cuidados (Pettengill & Souza, 2011).

2.4 – A influência do Raciocínio crítico-reflexivo nos cuidados de enfermagem

Para fortalecer o meu percurso propus-me a atingir, em ambos os contextos clínicos, o objetivo “*Aplicar o raciocínio crítico-reflexivo e os conhecimentos baseados na evidência científica, aquando a prestação de cuidados*”, com o intuito de ampliar o meu saber e argumentar o meu raciocínio no exercício da minha prática. Assim, para atingir a competência comum “*baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica*” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e a competências definida pelos descritores de Dublin “*Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo*” (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional & Direção-Geral do Ensino Superior, 2013), marquei presença no 1º congresso de medicina intensiva do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, no qual impulsionou a minha aprendizagem e expandiu os meus horizontes no cuidar ao doente crítico, sobretudo nas temáticas ARDS, oxigenoterapia de alto fluxo, nutrição entérica, doação e receção de órgãos, entre outros [apêndice III].

Por outro lado, a elaboração da RIL foi essencial para a minha aprendizagem, como dinamizador e gestor de novos conhecimentos, a fim de aplicar e divulgar em contexto clínico a evidência pesquisada. Direccionando para o meu contexto profissional em UCI com grande afluência de transplantes hepáticos, renais e pancreáticos, elaborei um documento [apêndice IV], com base na RIL, na experiência prévia e nos conhecimentos adquiridos na UT, sobre os cuidados à PSC submetida a transplante, com o intuito de me orientar para uma prática mais especializada e fundamentada. Considero que ponto de partida importante para o meu local de trabalho, uma vez que não existe nenhum procedimento instituído para este tipo de doentes. Foram aspetos que contribuíram para desenvolver os meus conhecimentos, atualizando-me sobre os últimos estudos científicos, no qual serviria como base para pesquisar e estudar sobre estas temáticas. Razão pela qual, permitiu interpretar, analisar e divulgar novas recomendações, que contribuíram para uma prática especializada, onde prestei cuidados sustentando as minhas

intervenções na última evidência científica e influenciando, de certo modo, o meu processo de tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), alcançando os objetivos definidos pelo mestrado “*selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão*” e “*expor com clareza e argumentar os resultados do próprio raciocínio*” (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010).

A enfermagem baseada na evidência consiste no recurso a informação válida, originada a partir de pesquisas científicas, com o intuito de influenciar as decisões clínicas do enfermeiro no cuidado ao doente. A tomada de decisão, por parte do enfermeiro, é dominada sobretudo pela interação entre a habilidade clínica e o pensamento crítico, no entanto na mesma perspetiva deve-se ter em consideração as características individuais do doente, os recursos disponíveis e o conhecimento científico atualizado (L. Silva, 2011). Por este motivo, torna-se relevante o enfermeiro especialista consolidar os processos de tomada de decisão com as informações baseadas no conhecimento válido e atualizado, uma vez que beneficia a aprendizagem e o desenvolvimento da habilidade e competências do enfermeiro (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Enfermagem está em constante evolução e requer, por parte do enfermeiro, um desenvolvimento contínuo e estruturado, com base no conhecimento prático, estudos científicos e investigação, a fim de atuar com complexidade e responsabilidade nos cuidados a prestar (Benner, 2001). Para alcançar este aspeto, necessitei de desenvolver o conhecimento do *self* individual, de modo a estabelecer uma ligação autêntica e de reciprocidade com o outro. Esta visão está enquadrada no padrão pessoal definida pela Carper (1978), no qual detive consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, capaz de reconhecer os meus limites, assim como gerir sentimentos e emoções, de modo a responder eficazmente em situações de cuidados ao doente crítico. Considero que a reflexão realizada através dos jornais de aprendizagem, bem como em conversas com as enfermeiras orientadoras, contribuiu para alcançar a competência comum definida pelo Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019) “*desenvolve o autoconhecimento e a assertividade*”.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco da enfermagem está centrado na humanização dos cuidados, até mesmo em locais tecnologicamente mais intensos, onde o enfermeiro atende à essência do ser humano, no respeito da sua individualidade e na construção de um espaço de partilha, convivência e vínculo afetivo para com a pessoa que cuida (Pettengill & Souza, 2011). Para responder eficazmente à complexidade e à imprevisibilidade de cuidados, exige por parte do enfermeiro, o desenvolvimento de capacidades, habilidades e recursos a fim de ampliar as suas competências. Por outro lado, o mesmo recorre a meios tecnológicos, com o intuito de intensificar as suas intervenções, utilizando instrumentos essenciais à promoção da saúde e prevenção da doença (Locsin & Purnell, 2009; Serrano, Costa, & Costa, 2011).

A transplantação é atualmente reconhecida como uma terapêutica muito complexa, conseguida através de dador vivo ou cadáver, que visa substituir um tecido ou um órgão com lesões irreversíveis, no qual o seu funcionamento ameaça a vida do recetor (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2006). Considera-se evidente que o principal benefício da transplantação prende-se pela melhoria da qualidade de vida, pois com o constante progresso das técnicas cirúrgicas e de preservação dos órgãos, associado à imunossupressão, permitiu aumentar a sobrevivência do recetor, expressando-se num aumento progressivo do bem-estar físico, psíquico e social (Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do Concelho da Europa, 2016).

O presente relatório permitiu analisar detalhadamente, à luz do referencial teórico *Technological Competency as Caring in Nursing*, de Rozzano Locsin, o caminho formativo percorrido no Mestrado à PSC, no qual considerei um desafio em termos pessoais e profissionais. Desde cedo, que consolido a informação apreendida nas unidades curriculares e fortaleço os meus conhecimentos com base na última evidência pesquisada para a elaboração da RIL. O estágio e a realização do relatório intensificaram o meu percurso, com destino à aquisição de competências comuns e específicas, bem como das competências preconizadas pelo Mestrado à PSC e Descritores de Dublin.

O SUC e UT possibilitaram o desenvolvimento de habilidades e capacidades especializadas no cuidar à PSC, estimulando as minhas intervenções para uma prática mais competente, eficiente e consciente, rumo à humanização dos cuidados. Realço a importância do cuidar associada à competência tecnológica, no atender das necessidades físicas, mentais, sociais, espirituais e emocionais do doente crítico. Este atender deverá assentar numa interação empática entre o enfermeiro e o seu alvo de cuidados, tendente à recuperação ou preservação do estado individual de saúde. É uma atividade exigente, desde logo pela necessidade de formação sólida e de uma entrega emocional na prestação de cuidados.

Contudo, a orientação realizada por peritos na área, assim como a reflexão efetuada das minhas intervenções, adquiriram um impacto significativo na minha aprendizagem. A gestão de tempo tornou-se o aspeto com maior dificuldade de ser ultrapassado, no entanto o gosto por esta temática, no qual investi, motivou-me a caminhar intensamente, como forma de atingir o meu objetivo principal.

Considero que a estrutura de formação e a orientação guiaram a minha progressão na prestação de cuidados especializados com mais conhecimento e habilidade, capaz de observar e conhecer o doente na sua plenitude e motivando consequentemente a deteção precoce de sinais e sintomas, essenciais ao cuidar da PSC e família. Desenvolvi um olhar especializado, no qual proporcionou frutos significativos no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Presentemente e numa perspetiva futura pretendo dar continuidade ao investimento realizado onde caminharei no sentido da experiência e compreensão profunda de cada situação, motivada para agir corretamente e para atuar no bem-estar do doente crítico, baseando a minha prática na evidência científica e dos padrões ensinados pelo mestrado, no sentido de me tornar enfermeira perita (Benner, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, & Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, Ed.). Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional. Retrieved from https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf
- Allegranzi, B. (2016). Health care without avoidable infections The critical role of infection prevention and control, 1–16.
- Almeida, R., Lopes, M., Rocha, N., & Coutinho, P. (1998). Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral. *Acta Médica Portuguesa*, 11, 91–95.
- Alves, M. (2015). *Infecções fúngicas da pele em transplantados renais*. Universidade de Coimbra. Retrieved from [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31445/1/Marta Alves.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31445/1/Marta%20Alves.pdf)
- Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação. Normas de seleção do par dador-receptor em homotransplantação com rim de cadáver, Circular Normativa n.º 15/GDC de 7 de setembro § (2009). Lisboa.
- Bacal, F., Lima, M. G. De, Manrique, R., Higuchi, M. D. L., Brofman, P., Tenório, D., ... Souza, M. M. De. (1999). Rejeição. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Volume 73, 21–26.
- Backes, M., Erdmann, A. L., Buscher, A., & Backes, D. (2012). O Cuidado Intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, 689–696. <https://doi.org/10.1590/S1414-295820120000400006>
- Barcelos, M. R. D. (2009). *Integridade da Pessoa: Fundamentação ética para a doação de órgãos e tecidos para transplantação*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1043/1/18238_ulsd_dep.17667re_MRDB_barcelos_Integridade_da_Pessoa.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Benner, Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. (S. P. Company, Ed.) (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Borges, M. C. L. A., Silva, L. M. S. da, Guedes, M. V. C., & Caetano, J. Á. (2012). Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 16(4), 754–760. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400016>
- Brier, J., Carolyn, M., Haverly, M., Januario, M. E., Padula, C., Tal, A., & Triosh, H. (2015). Knowing “something is not right” is beyond intuition: Development of a clinical algorithm to enhance surveillance and assist nurses to organise and communicate clinical findings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5–6), 832–843. <https://doi.org/10.1111/jocn.12670>
- Buckman, R., Baile, W., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2000). SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 302–311.
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing, 13–24.
- Catão, M. do Ó. (2004). *Transplante de Órgãos Humanos e Direitos de Personalidade*. São Paulo: WVC Editora.
- Catela, A. I., & Amendoeira, J. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico: Experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14(2), 39–54.
- Cavalcante, L. D. P., Ramos, I. C., Marques Araújo, M. Â., Dos Santos Alves, M. D., & Batista Braga, V. A. (2014). Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 567–572. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400092>
- Christoffel, M., Cunha, J., SantAnna, A., & Garcia, R. (2009). Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13, 321–326.
- Cierco Garrido, M. C., García Muñoz, R., Pérez Castro, I., & Sanz Moncusi, M. (2018). Incidencia de la infección nosocomial en pacientes trasplantados hepáticos. Factores de riesgo y rol de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 28(1),

20–26. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.07.006>

Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO, de 31 de março. (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–26. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Direc??o-Geral+da+Sa?de#2>

Coelho, M., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31–38.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. (2012). *Pesquisa de fração C4D e imunoglobulina para tratamento da rejeição aguda mediada por anticorpos no transplante renal*.

Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa prática*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa: DPI Cromotipo.

Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática -Reabilitação respiratória*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2006). Parecer sobre a proposta de Lei 65/X (Alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril - Colheita e Transplante de órgãos e tecidos de origem humana), 1–13. Retrieved from http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1339664472_P050_ParecerTransplantes.pdf

Coscia, C., Saxton, E., & Dickinson, S. (2016). Postoperative care of a liver transplant recipient using a classification system type A (stable) versus type B (unstable). *Critical Care Nursing Quarterly*, 39(3), 252–266. <https://doi.org/10.1097/CNQ.000000000000119>

- Cruz, M., Daspett, C., Roza, B., Ohana, C., & Horta, A. (2015). Vivência da família no processo de transplante de rim de doador vivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 275–280.
- Dâmaso, A., Santos, C., & Bezerra, A. (2017, November). Assistência de enfermagem nos cuidados perioperatórios de pacientes em transplante renal. *Ciências Biológicas E de Saúde Unit*, 4(2), 271–282.
- Demet, D., Aksoy, N., & Kiraz, N. (2018). Nursing care after kidney transplant: Case report. *Experimental and Clinical Transplantation*, 16(March), 55–60. <https://doi.org/10.6002/ect.TOND-TDTD2017.O22>
- Despacho n.º 11297/2015, de 8 de outubro. (2015). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 197 de 8 de Outubro de 2015), 29027.
- Despacho n.º 14341/2013 de 6 de novembro. (2013). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 215 de 06 de Novembro de 2013), 32855–32856.
- Despacho n.º 3653/2016, de 11 de março. (2016). Gabinete do Ministro. *Diário Da República* 2.ª Série (Nº 50 de 11 de Março de 2016), 8724. https://doi.org/10.1007/978-3-319-68717-9_13
- Despacho n.º 5975/2019 de 28 de junho. (2019). Gabinete da Ministra. *Diário Da República* 2.ª Série Nº 122 de 28 de Junho de 2019, 18535–18536.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário Da República* 2.ª Série Nº 153 de 11 de Agosto de 2014, 20673–20678.
- Díaz Jurado, M., Díaz Barnet, E., Salillas Adot, E., Escofet Gómez, R., & Julve Ibáñez, M. (2007). Trasplante renal y rechazo vascular. Papel de enfermería en el tratamiento con plasmaféresis. *Revista de La Sociedad Espanola de Enfermeria Nefrologica*, 10(1), 53–58. <https://doi.org/10.4321/S1139-13752007000100005>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.
- Direção Europeia da Qualidade dos Medicamentos e Cuidados de Saúde do

- Concelho da Europa. (2016). *Guia para a qualidade e segurança dos órgãos para transplantação* (5ª edição). Strasbourg: Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP.
- Doria, D., Leite, P., Brito, F., Brito, G., Resende, G., & Santos, F. (2015). Conhecimento do enfermeiro no processo de doação de órgãos. *Enfermagem Em Foco*, 6, 31–35.
- Duarte, R. T., Linch, G. F., & Caregnato, R. C. A. (2014). The immediate post-operative period following lung transplantation: Mapping of nursing interventions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 778–784. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3626.2480>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). N° NCE/09/01932 Objectivos e Competências do CMEPSC. (No. Agência Nacional de Acreditação Do Ensino Superior (A3Es) Com O No NCE/09/01932), 1. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Fernandes, A., Geraldés, J., Batista, M., & Alves, P. (2010). Integração de Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral. *Sinais Vitais*, nº 92, 50–55.
- Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K., & Behrens, J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health*, 17(5), 339–353. <https://doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1>
- Frade Mera, M. J., Jacue Izquierdo, S., Fontan Vinagre, G., & Montejo González, J. C. (2007). Evolución y cuidados del trasplante intestinal en el postoperatorio inmediato. *Enfermería Intensiva*, 18(2), 61–69. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)75738-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)75738-3)
- Freeman, R., Koerner, E., Clark, C., & Halabicky, K. (2016). Cardiac transplant postoperative management and care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 39(3), 214–226. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000116>
- Girlanda, R. (2013). Complications of Post-Transplant Immunosuppression. In J. A.

- Andrades (Ed.), *Regenerative Medicine and Tissue Engineering* (pp. 831–853). Londres: IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/46192>
- Global Observatory on Donation and Transplantation. (2017). Organ Donation and Transplantation Activities (2015 Report), (September).
- Henneman, E. A., Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 32(2), e9–e18. <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2018). Doação e Transplantação de Órgãos.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2019). Doação e da Transplantação - Órgãos e Tecidos e Células. Retrieved August 15, 2019, from http://ipst.pt/files/dados_2018.pdf
- Kelly, L. A., & Vincent, D. (2011). The dimensions of nursing surveillance: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 652–661. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x>
- Koerich, M., Backes, D., Scortegagna, H., Wall, M., Veronese, A., Zeferino, M., ... Santos, E. (2006). Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15, 178–185. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072006000500022>
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65–67. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. <https://doi.org/Estante de Casa 3a prateleira>
- Lechtzin, N. (2019). Estridor. Retrieved August 29, 2019, from <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/distúrbios-pulmonares/sintomas-de-doenças-pulmonares/estridor>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro,

- que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário Da República 1.ª Série (N.º 181 de 16 de Setembro de 2015)*, 8059–8105.
- Lemes, M., & Bastos, M. (2007). Os Cuidados De Manutenção Dos Potenciais Doadores De Órgãos: Estudo Etnográfico Sobre a Vivência Da Equipe De Enfermagem the Maintenance Care of Potential Organ Donors: Ethnographic Study on Referencial Teórico-Metodológico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15.
- Letonturier, P. (2004). *Imunologia Geral: Guia Prático de Medicina* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Locsin, R. C. (2001). The culture of technology: Defining transformation in nursing, from “the lady with a lamp” to “robonurse”? *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 1–4. <https://doi.org/10.1097/00004650-200110000-00004>
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1–6.
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *Journal of Medical Investigation*, 64, 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Locsin, R. C., & Purnell, M. (2009). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. In R. C. Locsin & M. Purnell (Eds.), *A Contemporary Nursing Process: The (Un)Bearable Weight of Knowing in Nursing* (pp. 415–428). New York: Springer Publishing Company.
- Luvisotto, M. M., Carvalho, R. De, & Galdeano, L. E. (2007). Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. *Revista Einstein*, 5(2), 117–122.
- Macphail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (pp. 3–8). Loures: Lusociência.
- Magalhães, A., Erdmann, A., Sousa, F., Lanzoni, G., Silva, E., & Mello, A. (2018). Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, nº 39.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0274>

- Melo, H. C. De, Araújo, S. E. G. De, Veríssimo, A. V. R., Santos, V. E. F. A., Alves, E. R. P., & Souza, M. H. N. Do. (2012). O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Escola Anna Nery*, 16(3), 473–479. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300007>
- Mendes, K., & Galvão, C. (2008). Transplante de fígado: evidências para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5).
- Moraes, M. C., Roveri, E. G., Oliveira, L. C., Rigatto, S. Z. P., Belanger, V. M. S., & Marques, J. F. C. (2007). Plasmaférese como tratamento de glomeruloesclerose segmentar focal (GESF) recorrente após transplante renal. Relato de caso e revisão da literatura. *Revista Brasileira de Hematologia E Hemoterapia*, 29(2), 193–197. <https://doi.org/10.1590/S1516-84842007000200020>
- Mota, A. (2004). Rejeição Aguda em Transplantação Renal: Análise dos Factores de Risco e sua Influência na Disfunção Crónica. *Acta Médica Portuguesa*, nº 17, 8–14.
- Mota, L., Bastos, F., Alice, M., & Brito, C. (2018). A pessoa submetida a transplante de fígado : terapêuticas de enfermagem no follow-up. *Revista de Enfermagem Referência*, 16, 19–28.
- Norma nº 023/2012 de 26 de dezembro de 2012 atualizada a 13 de julho. (2017). Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto. *Direcção-Geral Da Saúde*, 1–20.
- Oliveira, L. ., Gonzaga, R. A. ., Giaretta, V. M. A., & Sant'Anna, A. L. G. G. (2001). Transplante Hepático : Intervenções de Enfermagem no pós-operatórios. *XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação E V Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior - Universidade Do Vale Do Paraíba*, 1–6.
- Oliveira, R. A., Natália, R., Turrini, T., & Poveda, V. D. B. (2016). Adesão à terapêutica imunossupressora após o transplante de fígado : revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1072.2778>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos*

comentários à análise dos casos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Parecer CJ 64/2017 de 28 de julho. (2017). Pedido de Parecer sobre disponibilização/indicação de medicação. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–9. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_64_2017_DisponibilizacaolindicacaoMedicacao.pdf

Pedreira, M., & Peterlini, M. (2011). Como garantir a segurança do paciente na UTI. In *Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências* (pp. 47–56). Porto Alegre: Artmed.

Pereira, C., Pinto, D., Tourinho, F., & Santos, V. (2012). Tecnologias Em Enfermagem E O Impacto Na Prática Assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde*, 29–37. <https://doi.org/10.18816/r-bits.v2i4.3331>

Perucci, M., Gomes, M., Reticena, K., Carvalho, V., Santos, M., Reis, F., & Felício, H. (2019). Percepções de enfermeiros sobre o atendimento à vítima de violência sexual. *Enfermagem Revista*, 22(1), 68–78.

Pettengill, M., & Souza, R. (2011). Humanização e o suporte emocional: equipe, familiares e pacientes. In R. Viana & I. Whitaker (Eds.), *Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências* (pp. 86–100). Porto Alegre: Artmed Editora.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Phipps, W., Long, B., Woods, N. & Cassmeyer, V. (1991). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (2ª edição). Lisboa: Lusodidacta.

Pinheiro, I. D. O., Gadelha, D. D., Carvalho, M. M. D. de, Queiroz, P. C. de, Fernandes, V. O., & Montenegro Junior, R. M. (2019). Diabetes Mellitus Pós-transplante (DMPT). *Revista de Medicina Da UFC*, 59(1), 77–78. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2019v59n1p77-78>

Pinho, F., Sell, B., Sell, C., Senna, C., Foneca, E., & Amante, L. (2017). Cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 16, 181–187. Retrieved from

<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/391/pt-BR/cuidado-de-enfermagem-ao-paciente-queimado-adulto--uma-revisao-integrativa%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2555y>

- Pio, F., Azevedo, L., Marques, L., & Santiago, L. (2016, May). Nursing care in heart transplatation: integrative review. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, pp. 1857–1865. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11377p3059-3068-2016>
- Portugal, A. C., & Macheta, M. R. (2013). Transplante e Doação de Órgãos e Tecidos a Partir de Dadores Vivos - Uma reflexão bioética. *Percursos Nº 28*, 30–42.
- Regina, S., & Lima, M. (2015). Papel do enfermeiro no transplante de órgãos e tecidos: uma revisão integrativa.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2.ª Série (Nº 26 de 06 de Fevereiro de 2019)*, 4744–4750. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da Republica 2ª Serie, Nº 135 (16 de Julho de 2018)*, 19359–19370.
- Rice, J. M. (2019). Immunosuppression. In R. A. Baan, B. W. Stewart, & K. Straif (Eds.), *Tumour Site Concordance and Mechanisms of Carcinogenesis* (pp. 159–164). Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Rodrigues, J. A. S. do N., Ferretti-Rebustini, R. E. de L., & Poveda, V. de B. (2016). Infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a transplante cardíaco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0821.2700>
- Rollins, J. L. (2013). Hyperglycemic Management After Solid Organ Transplantation. *Critical Care Nursing Clinics of North America, 25*(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2012.11.013>
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem, 19*, 31–46.

Retrieved

from

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

- Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang, W.-T., & Zhang, Y. (2006). Effects of Critical Care Nurses' Work Hours on Vigilance and Patients' Safety. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 30–37.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, nº 3, 15–23.
- Silva, A., Pontes, U., Genzini, T., Prado, P., & Amaral, T. (2014). Revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pós-transplante renal. *Revista Cogitare Enfermagem*, 19(3), 597–603. <https://doi.org/10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201439>
- Silva, A., Rinaldi, T., & Gardin, L. (2016). O impacto da analgesia controlada pelos pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 66(3), 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.06.025>
- Silva, D., Alvim, N., & Figueiredo, P. (2008). Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, 12, 291–298. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452008000200014>
- Silva, H. (2015). *O Paciente Transplantado e a Imunossupressão*. Universidade Fernando Pessoa - Porto.
- Silva, L. (2011). Enfermagem baseada em evidências. In R. Viana & I. Whitaker (Eds.), *Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências* (pp. 36–46). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Silva, R., & Ferreira, M. (2009). A Tecnologia em Saúde: Uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado em enfermagem. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, 13(1), 169–173.
- Sociedade Portuguesa de Transplantação. (2014). Dador Vivo. Retrieved August 15, 2019, from <http://www.spt.pt/site/desktop/webpage-21.php>
- Souza, T. L. De, Louise, S., Barilli, S., Selaimem, N., & Azeredo, G. De. (2014). Perspective of family members regarding the process of dying in the Intensive

- Care Unit. *Texto E Contexto - Enfermagem*, 23(3), 751–757.
- Viana, R. (2011). Competências do enfermeiro na terapia intensiva. In R. Viana & I. Whitaker (Eds.), *Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências* (pp. 113–119). São Paulo: Artmed Editora.
- Voepel-Lewis, T., Pechlavanidis, E., Burke, C., & Talsma, A. N. (2013). Nursing surveillance moderates the relationship between staffing levels and pediatric postoperative serious adverse events: A nested case-control study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 905–913. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.014>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization. (2010). World Health Organisation Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. *World Health*, (May), 1–9.
- World Health Organization. (2019). The burden of health care-associated infection worldwide. Retrieved September 10, 2019, from https://www.who.int/infection-prevention/publications/burden_hcai/en/
- Zani, A., Paz, G., & Boniotti, G. (2009). Nursing consultation in preoperative and postoperative renal transplantation: is it makes the difference? *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 3(2), 237–244. <https://doi.org/10.5205/reuol.202-1995-3-ce.0302200906>

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1 – Título

Cuidados de Enfermagem que promovem a viabilidade do órgão, no doente transplantado.

2- Questão de Investigação

Quais as intervenções de enfermagem que promovem/favorecem a viabilidade do órgão, no doente transplantado, em Cuidados Intensivos e Unidade de Transplantação?

3 – Objetivo do Estudo

Mappear quais as intervenções de enfermagem que promovem/favorecem a viabilidade do órgão, no doente transplantado, em Cuidados Intensivos e Unidade de Transplantação.

4 – Introdução

Nos últimos anos, a Transplantação tornou-se uma prática de sucesso mundial, que visa melhorar a qualidade de vida do doente, na impossibilidade de outros tratamentos alternativos que permitam uma sobrevida maior (Borges, Silva, Guedes, & Caetano, 2012). Utilizada recorrentemente como última linha de tratamento em doentes com falência orgânica, define-se como a transferência de células, tecidos ou órgãos, onde ocorre o restabelecimento da continuidade vascular nos vasos do recetor (Letonturier, 2004).

Em Julho de 1969, sucedeu-se o momento que revolucionou a história da Transplantação em Portugal, com a realização do primeiro transplante renal de dador vivo. Rapidamente se tornou um tratamento inovador com crescente evolução a nível nacional. São recorrentes os sucessos que se verificam, desde o desenvolvimento dos estudos imunológicos nos candidatos a transplantação e em dadores-cadáver até ao sucesso do órgão transplantado, que se exprime, no decorrer dos tempos, em resultados positivos e estimuladores para a saúde (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2017). Estes são aspetos que, nos últimos anos, se refletem no crescente aumento do número de dadores vivos e falecidos, desenvolvendo recordes anuais do número de transplantes realizados. 2017 foi o ano com o maior número de dadores falecidos e vivos de sempre, o que equivale a 430 dadores de órgãos e 1 011 órgãos colhidos. Por consequência, ocorreu um total de 895 transplantes realizados, mais 3,5% que o ano anterior. No entanto, não houve um aumento equiparado em todos os órgãos transplantados, salientando-se no início da lista o aumento de 30,77% dos transplantes pulmonares, seguindo-se pelos transplantes cardíacos, com 11,9%, transplantes renais, com 6%, transplantes hepáticos com 4,78% e, por fim, transplantes pancreáticos, com um aumento de 4%. (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2018)

O doente submetido a este procedimento complexo, atravessa uma fase crítica com necessidade de monitorização especializada e intensiva, a fim de prevenir complicações técnicas (perdas hemáticas e disfunção primária do excerto) e clínicas (imunológicas, cardiovasculares, pulmonares, renais e metabólicas) (Borges et al., 2012). Os cuidados de enfermagem a este tipo de pessoa em situação crítica implicam vigilância intensiva e conhecimentos especializados, a fim de prevenir e antecipar eventuais problemas ou atuar em momentos de instabilidade, uma vez que ocorre o risco de repercussão hemodinâmica, assim como falência primária do excerto (Borges et al., 2012).

A aceitação ou rejeição do órgão, além de depender das relações imunogenéticas existentes entre dador e recetor, é influenciada pelos cuidados prestados por parte da equipa que cuida do doente transplantado (Letonturier, 2004; Silva, Pontes, Genzini, Prado, & Amaral, 2014). Cuidar de um doente internado em UCI, em período pós-operatório, envolve investimento pessoal, conhecimento e perícia por parte da equipa de enfermagem (Melo et al., 2012). É fundamental ter

presente que o sucesso deste tipo de cirurgia resulta essencialmente da vasta atuação do enfermeiro e da abrangência em diversas linhas de cuidados, como a vigilância intensiva, os cuidados a ter no local cirúrgico a fim de prevenir infeções e a administração correta da terapêutica imunossupressora (Regina & Lima, 2015).

Tendo em conta a dimensão e a especificidade dos cuidados ao doente transplantado e a importância da gestão atenta, experiente e da constante adaptação à multiplicidade dos atos, por parte da equipa de enfermagem, o presente Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura visa mapear quais as intervenções de enfermagem que promovem/favorecem a viabilidade do órgão, no doente transplantado, em Cuidados Intensivos e Unidade de Transplantação. É um ponto-chave que, combinado com a sensibilidade e conhecimentos no entendimento da complexidade da pessoa em situação crítica submetida a transplante, resulta na sua segurança e em cuidados diferenciados ao mesmo. Após pesquisas elaboradas numa fase inicial de elaboração deste protocolo, não foram encontradas Revisões Integrativas da Literatura sobre esta temática.

5 – Critérios de Inclusão

A presente Revisão Integrativa da Literatura projeta as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice*, onde a questão de investigação foi estabelecida através do formato PICO. Os critérios de inclusão do estudo foram definidos na Tabela 1, com base na população, fenómeno de interesse, contexto, data de publicação e tipo de estudo (The Joanna Briggs Institute, 2014). Os critérios de exclusão englobam todos os documentos que não cumpram os critérios referidos na Tabela 1. A língua dos artigos não é utilizada como critério de exclusão, considerando a hipótese de uma eventual tradução para português.

Tabela 1

Critérios de Inclusão

	Critérios de Inclusão	Justificação
População	Doentes críticos submetidos a transplante de órgão sólido, independentemente da idade.	Opção da investigadora, devido ao contexto profissional onde exerce funções
Fenómeno de Interesse	Estudos que abordem aspetos dos cuidados de enfermagem específicos ao doente transplantado.	Importante a prestação de cuidados de enfermagem baseados em evidência, de forma a manter os Padrões de Qualidade dos Cuidados, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001)
Contexto	Doentes internados em Unidades de cuidados Intensivos, independentemente da especialidade do serviço, e em Unidades de Transplantação.	Obter todos os estudos sobre prestação de cuidados a doentes transplantados, independentemente do tipo de transplante.
Data da publicação	Documentos publicados a partir do ano de 2000	
Tipo de Estudo	Todos os documentos publicados ou não publicados, a que se tenha acesso.	Obter a melhor evidência disponível, de acordo com o tema em estudo.

6 – Estratégias de Pesquisa

A estratégia utilizada para identificar todos os estudos publicados e não publicados que respondam à questão de investigação colocada é uma estratégia de pesquisa *three-step*. A primeira etapa de pesquisa é uma pesquisa limitada às bases de dados convencionais, selecionando artigos adequados ao tema, como forma de identificar os principais termos, palavras-chave e termos de indexação utilizados para descrição dos artigos. Posteriormente, a pesquisa é direcionada para as bases de dados MEDLINE, CINAHL e *Cochrane* utilizando todas as palavras-chave apuradas e dos respectivos termos de indexação de cada uma delas. O grupo também tem em consideração a pesquisa de artigos não indexados/publicados, disponíveis na literatura cinzenta. A última etapa deste processo constituirá a pesquisa das referências bibliográficas dos estudos identificados, de forma a selecionar outros possíveis de serem incluídos na revisão integrativa da literatura. Ressalva-se que a pesquisa é aprimorada à medida que as revisoras se foram familiarizando com a mesma, excluindo alguns termos de indexação e palavras-chave e/ou identificando outros adicionais.

Os artigos pesquisados são sujeitos até ao limite temporal do ano 2000, com o intuito de obter a evidência científica mais recente. Dada a amplitude da questão colocada pelas revisoras, são incluídos na pesquisa todos os tipos de estudo, contudo serão excluídos todos os artigos que se encontrem duplicados nos resultados obtidos através da pesquisa nas três bases de dados já referidas.

Como forma de selecionar os documentos obtidos aplicando os critérios de inclusão, são avaliados numa primeira instância, os títulos e *abstracts*, seguindo-se uma análise do texto integral. Para finalizar, o processo de avaliação da qualidade metodológica é realizado através do *Critical Appraisal Tools* de Joanne Briggs Institute, utilizando a *Checklist for Systematic Reviews*, *Checklist for Case Series* e *Checklist for Qualitative Research*. A análise dos artigos obtidos é realizada, de forma independente, por dois revisores e o resultado final foi auferido após reunião do consenso. Os artigos que não respondam à questão colocada serão excluídos.

As palavras-chave iniciais são: critically ill, transplant recipients, nursing care, transplantation.

7 – Extração dos Resultados

Os principais resultados e conclusões, após pesquisa, análise e avaliação são descritos sob a forma de uma tabela, onde é identificado o estudo e o seu objetivo, as características metodológicas, resultados e conclusões, e por fim, as intervenções de enfermagem ao doente submetido a transplante. O instrumento é utilizado inicialmente em quatro estudos, por cada uma das revisoras, individualmente, com o objetivo de verificar se através dele são extraídos todos os dados relevantes e se a identificação de temas e lacunas na literatura é facilitada através da utilização desse instrumento de extração de dados. Caso surjam inconformidades, procede-se à alteração interativa da tabela.

8 – Apresentação de Resultados

A apresentação de resultados é evidenciada a forma de apresentação dos mesmos, seja através de tabela, figura, gráfico ou descritivamente, através da identificação de categorias conceituais para organização dos resultados. A forma de apresentação será ajustada até ao final da revisão integrativa da literatura, num momento em que as revisoras tenham uma maior consciência dos conteúdos dos estudos incluídos e de que forma os resultados podem ser organizados.

BIBLIOGRAFIA

- Borges, M. C. L. A., Silva, L. M. S. da, Guedes, M. V. C., & Caetano, J. Á. (2012). Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 16(4), 754–760. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400016>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2017). Enquadramento Teórico da Transplantação. Retrieved April 10, 2018, from <http://ipst.pt/index.php/home/breve-historia>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2018). Doação e Transplantação de Órgãos.
- Letonturier, P. (2004). *Imunologia Geral: Guia Prático de Medicina* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Melo, H. C. De, Araújo, S. E. G. De, Veríssimo, A. V. R., Santos, V. E. F. A., Alves, E. R. P., & Souza, M. H. N. Do. (2012). O ser-enfermeiro em face do cuidado à criança no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Escola Anna Nery*, 16(3), 473–479. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300007>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.
- Regina, S., & Lima, M. (2015). Papel do enfermeiro no transplante de órgãos e tecidos: uma revisão integrativa.
- Silva, A., Pontes, U., Genzini, T., Prado, P., & Amaral, T. (2014). Revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pós-transplante renal. *Revista Cogitare Enfermagem*, 19(3), 597–603. <https://doi.org/10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201439>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.

Apêndice II – Formação sobre “Precauções Básicas em Controle de Infecção”

Formação sobre “Precauções Básicas em Controlo de Infecção”

Atendendo à proliferação de microrganismos nas mais diversas unidades hospitalares e transpondo para o meu percurso formativo na UT, considerei interessante participar na formação que decorreu no hospital onde realizava o estágio, com duração de 4 horas em 2 dias, sobre “Precauções Básicas em Controlo de Infecção”. Direccionado para os profissionais de saúde, teve como objetivo conhecer as medidas de prevenção para minimizar o risco de infeção.

Numa primeira fase foi explicado e definido quais os tipos de isolamento existentes (gotícula, contacto e via aérea) e as precauções básicas no controlo de infeção. Posteriormente, foi explicado com exemplos práticos como se deve utilizar os equipamentos de proteção individual, no qual todos os elementos presentes interviram para falar sobre a sua experiência e para esclarecer dúvidas de utilização e adequação para cada tipo de isolamento.

Foi realizada uma explicação de como era feita as auditorias em contexto hospitalar e seguiu-se exemplos práticos com seis cenários, onde cada elemento pode observar e identificar quais os aspetos que não estavam em conformidade.

A sessão de dois dias terminou com a realização da higiene das mãos e posterior passagem por um aparelho com infravermelhos, para verificar quais os pontos das nossas mãos que não ficaram totalmente higienizados.

Apêndice III – 1º Congresso de Medicina Intensiva do Hospital Professor
Doutor Fernando Fonseca

Relatório do 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva do HFF

No decorrer do Ensino Clínico, como complemento ao trabalho desenvolvido em contexto hospitalar, e de forma a impulsionar a minha aprendizagem, compareci no 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Dirigido a todos os profissionais de saúde com interesse em expandir os seus conhecimentos e habilidades no cuidar ao doente crítico.

Como primeiro tema, foi abordada a importância do uso de ECMO em doentes com Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda no Adulto (ARDS). A *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* é uma máquina de suporte extracorporeal que permite a substituição temporária da função cardíaca e pulmonar, em casos onde o coração não tem capacidade para bombear o sangue ou os pulmões não consigam fornecer oxigénio suficiente e eliminar eficazmente o dióxido de carbono (White & Fan, 2016). Nos casos de ARDS, o doente apresenta instabilidade hemodinâmica e ventilatória, refletindo-se em acidose respiratória, com diminuição significativa de pH, assim como em baixos volumes correntes e redução da saturação de oxigénio. As manobras de recrutamento alveolar são usadas, com sucesso, para reverter áreas pulmonares colapsadas, no entanto apenas apresentam efeitos transitórios de aumentos da PaO₂. Outras medidas utilizadas para melhoria do quadro de ARDS, depara-se com a colocação do doente em decúbito ventral (para melhoria da *compliance* pulmonar), a administração de bloqueadores neuromusculares (como forma de reduzir a dessincronia ventilatória precoce), a utilização da terapêutica corticoide (onde a eleição recai sobre a metilprednisolona, pois melhora a perfusão do tecido pulmonar) e o uso de óxido nítrico inalado¹.

Nos casos de ARDS mais grave, com fraca resposta aos tratamentos anteriormente referidos, o ECMO aumenta a esperança média de vida, com custo de vida posterior inferior. Apesar dos estudos realizados mundialmente indicarem uma diminuição em 50% da mortalidade, deve-se ter presente que nos doentes com

¹ I don't need ECMO (Apontamentos), Dr. João Mendes. 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2018.

ARDS sob ECMO, apresentam 40% de mortalidade, assim como 10% de complicações hemorrágicas ou infecciosas ²

Posteriormente, abordou-se quais as escolhas não invasivas existentes no mercado para otimização ventilatória. Como primeira opção e, bastante conhecida, subsiste a VNI, que de acordo com a Dra. Fernanda Santos, a sua utilização pode ser facilitadora, profilática ou curativa. Facilitadora pois promove o desmame mais rápido, preservando a fala e os reflexos de tosse, com menos sedação para o doente. Comparativamente com a VMI, esta modalidade ventilatória não invasiva reduz a mortalidade e a falência do desmame, assim como apresenta um decréscimo da PAV e do tempo de internamento. Profilática com a colocação da máscara de VNI após a extubação. Técnica que reduz o risco de entubação, mortalidade e tempo de internamento. No entanto, se doente com idade superior a 65 anos e associado insuficiência cardíaca ou doença pulmonar crónica, aumenta o risco de reentubação em 30% e consequentemente a mortalidade. Por fim, a VNI curativa é utilizada em doente que desenvolvem um quadro de dificuldade respiratória, até as 48 horas de extubação. Nestes casos, pela experiência pessoal da equipa médica, a VNI não trás qualquer benefício, pois retarda o reentubação e o agravamento da mortalidade ³.

Uma alternativa tanto à oxigenoterapia convencional com à ventilação não invasiva e que atualmente cativa cada vez mais profissionais, é a Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF). Define-se como uma técnica capaz de fornecer oxigénio aquecido e humidificado, com controlo do FiO₂, através de uma cânula nasal, num fluxo médio máximo de 60L/min. Indicado para doentes com Insuficiência Respiratória Aguda Hipoxémica e promotor de maior conforto, pois mantém a capacidade de comunicar e comer do doente (Dres, Demoule, & Hospitalier, 2017). Benéfico em casos de dispneia, uma vez que reduz o espaço morto faríngeo, assim como o trabalho respiratório do doente. Comprovado cientificamente que reduz a mortalidade em UCI, no entanto desaconselham o uso da técnica em patologias como a DPOC, por evidência científica insuficiente. Comparativamente com VNI e

² I need ECMO (Apontamentos), Dr. João Gouveia. 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2018.

³ Evidência para VNI (Apontamentos), Dra. Fernanda Santos. 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2018.

razão pela qual é cada vez mais utilizado em UCI, a ONAF promove a melhoria da oxigenação na insuficiência respiratória, sendo que a taxa de entubação quando equiparada à VNI é substancialmente inferior ⁴

Nem sempre o doente responde eficazmente às técnicas não invasivas na otimização ventilatória, sendo necessário proceder à entubação orotraquel. Em certos casos, a via aérea apresenta uma abordagem difícil, tornando-se importante o procedimento ser realizado por uma equipa experiente, com recurso à monitorização contínua com capnografia, com a finalidade de evitar complicações maior, como a morte, lesão cerebral, internamentos prolongados em UCI e cricotomia ⁵.

Outro assunto pertinente abordado no Congresso de elevada complexidade e com o qual a equipa de enfermagem se depara frequentemente é a Nutrição no Doente Crítico. Devido ao tempo de internamento prolongado pela gravidade da condição clínica, ocorre uma significativa perda de massa muscular e miopatias, uma vez que o deficit tecidual de oxigénio, limita a metabolização adequada dos macronutrientes fornecidos. Das ideias essenciais transmitidas, considero importante salientar que nas 48 horas iniciais de internamento, o suporte nutricional não é vital, sendo necessário primeiro estabilizar a pessoa ao nosso cuidado. Após a fase crítica, a alimentação deve ser iniciada de forma gradual, através de um acesso gástrico em perfusão contínua, a fim de evitar o síndrome de realimentação. O volume deve ser atingido progressivamente e não antes das 48 horas de início da alimentação. No caso de volume gástrico entre os 200 – 500 ml, cabe à equipa de enfermagem implementar medidas de redução do risco de aspiração, como a cabeceira entre os 30º e 45º e a realização da higiene oral com clorohexidina. Se conteúdo superior a 500 ml, associar eritromicina ev, como primeiro procinético, no entanto em caso de persistência do volume gástrico elevado, ao fim do 3º dia devem ser suspensos os procinéticos ⁶.

A nutrição entérica deve ser suspensa se hipercapnia, hemorragia ativa, hipoxemia, isquémia intestinal, oclusão intestinal, síndrome compartimental, persistência de volume gástrico superior a 500 ml, entre outras. Em caso de

⁴ Evidência para Oxigenoterapia de Alto Fluxo (Apontamentos), Dra. Ana Elisa. 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2018.

⁵ *Guidelines* na abordagem à VAD no doente crítico (Apontamentos), Dr. Pedro Gomes. 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2018.

impossibilidade de nutrição entérica deve-se ponderar a alimentação parentérica. No entanto, em doentes gravemente subnutridos, iniciar nutrição parentérica precoce. O cálculo do valor energético varia conforme as Organizações existentes, de acordo com a ESPEN deve ser administrado 20-25 kcal/Kg/dia, já a ASPEN o total oferecido será de 25-30 kcal/Kg/dia. Apesar das linhas *standart* que descrevi, há exceções a considerar no cuidar ao doente crítico com nutrição entérica, como a restrição de volume, a falência hepática (reforço proteico), pancreatite e fase aguda da sepsis (alimentação trófica *standart*), obesidade (alimentação hipocalórica e hiperproteica), entre outros ⁶.

Para terminar, a Doação de Órgãos foi o último conteúdo a ser abordado. No processo de morte cerebral torna-se importante perceber qual o critério de elegibilidade. Este critério é baseado na avaliação de um dador, no sentido de validar os seus órgãos, de modo a poderem ser transplantados sem risco desnecessário do recetor. Durante a avaliação de elegibilidade deve-se identificar todas as situações de fim de vida (causa da morte devidamente conhecida, história clínica, exame objetivo e avaliação laboratorial e imagiológica), assim como o estado hemodinâmico, o equilíbrio hidroeletrólítico, metabólico e endócrino, temperatura e possíveis infeções ⁷.

A avaliação de risco do dador e do recetor deve ser considerado numa base individual e caso a caso atendendo aos aspetos gerais do dador. Durante a análise da pessoa em morte cerebral, a mesma pode ser dividida em três grupos: dador de risco *standart*, dador de risco não *standart* ou acrescido e dador de órgão expandido. No primeiro dador não existe evidência clínica para o risco da transmissão de doenças, além do risco médio para a população de ter uma doença indetetável. Já no dador de risco não *standart* ou acrescido, persiste a evidência clínica para um risco aumentado de transmissão de uma doença em particular, para além do risco médio. Nestes casos, torna-se importante perceber qual o risco/benefício, a fim de comparar com o plano de não receber o órgão. Por fim, no dador de órgão expandido, nem todos os órgãos colhidos do dador têm a mesma viabilidade/qualidade. Como contraindicações à doação existe o registo no

⁶ Suporte Nutricional e Protocolos de Nutrição Entérica (Apontamentos), Dr. Aníbal Marinho e Enfª. Zita Simões. 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2018.

RENDA, neoplasias não controladas, TP ativa, VIH, raiva, infeções fúngicas sistémicas, hepatites e encefalites víricas, entre outras ⁷

No circuito de doação de órgãos, a comunicação e o trabalho de equipa são fundamentais para o sucesso da transplantação. Existem cinco Gabinetes Coordenadores de Colheita e Transplantação divididos a nível regional, relacionando-se entre si para otimizar a alocação de órgãos às Unidades de Transplantação, quer seja em critério urgente ou eletivo ⁸.

Considero que o Congresso que assisti foi bastante elucidativo e informativo, dando-me conhecimentos clínicos específicos essenciais no cuidar ao doente crítico. Este relatório serve como base para expor as minhas aprendizagens assim como a atualização de saberes já adquiridos em contexto profissional, como forma de promover a minha reflexão e atitude crítica na prestação de cuidados de qualidade e baseados em evidência científica.

⁷ Dador de órgãos – Critério de elegibilidade (Apontamentos), Dra. Ana Paula Fernandes. 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2018.

⁸ Do dador ao recetor – Circuito na doação de órgãos (Apontamentos), Enfº. Fernando Rodrigues. 1º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 2018.

Apêndice IV – Documento realizado sobre as intervenções de enfermagem

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO DOENTE TRANSPLANTADO

Estabilidade Hemodinâmica ^{1,2 e 4}			
Vigiar Sinais Vitais	Frequência cardíaca Frequência respiratória	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Avaliação Horária; ¹ ◦ Fluidoterapia e terapêutica inotrópica e antihipertensiva. ¹ 	Evitar oscilação de sinais vitais, na possibilidade de comprometer a perfusão do enxerto. ¹
	Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Reaquecimento lento; ¹ ◦ Vigiar alterações do estado de consciência, redução da motilidade gastrointestinal, arritmias, hemorragia ou quadro de acidose metabólica. ¹ 	Reaquecimento lento para evitar vasodilatação e hipotensão. ¹
	Dor	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Avaliar o local, duração, características, fatores de alívio e de agravamento e intensidade da dor, através da escala numérica da dor ou da escala de dor <i>Behavioural Pain Score</i> (BPS) e da entrevista, sempre que possível; ^{2 e 4} ◦ Gerir a analgesia prescrita; ^{2 e 4} ◦ Prestar cuidados não farmacológicos (manter o alinhamento corporal, massajar o doente para reduzir a tensão corporal e ajudar no relaxamento, 	

		ensinar exercícios de respiração e proporcionar um ambiente tranquilo e confortável, a fim de reduzir a ansiedade e salvaguardar o suporte emocional). ^{2 e 4}	
Monitorizar balanço hídrico e débito urinário	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Avaliação Horária;¹ 	O balanço hídrico negativo e a diminuição da produção de urina poderão ser sinal de inadequada perfusão tecidual, comprometendo a viabilidade do enxerto. ¹	

Sinais de Hemorragia ^{1, 2 e 3}	
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Vigiar perdas hemáticas (drenos, sutura operatória); ¹ ◦ Registrar/informar a quantidade, cor e consistência do volume drenado; ^{1 e 2} ◦ Vigiar aumento do volume do local cirúrgico; ¹ ◦ No transplante hepático, se necessário, avaliar pressão intra-abdominal. ³ ◦ Vigiar sinais vitais; ^{1 e 2} ◦ Realizar colheitas de sangue para controlo analítico; ^{1 e 2} ◦ Administrar hemoderivados e fluidoterapia; ^{1 e 2} ◦ Vigiar alteração do estado de consciência. ^{1 e 2} 	

Terapêutica Imunossupressora ^{2, 5 e 6}

- Administrar a terapêutica imunossupressora no intervalo estipulado; ²
- Conhecer os benefícios, riscos e potenciais problemas da terapêutica; ⁶
- Em casos de sobredosagem, vigiar presença de tremores, convulsões, parestesias, encefalopatia, ataxia ou problemas renais; ⁵
- Apoiar/estimular a adesão à terapêutica e participação por parte do doente, quando possível. ²

A neurotoxicidade, nefrotoxicidade e hepatotoxicidade são complicações que podem lesar ou provocar a morte celular dos tecidos transplantados. ⁵

Prevenção e Controlo de Infecções ^{2, 5, 7, 8 e 9}

Local cirúrgico, drenagens e acessos vasculares

- Vigiar a presença de sinais inflamatórios, hemorragia ou drenagem purulenta; ^{2 e 7}
- Correta manipulação dos acessos venosos e dispositivos médicos; ^{2 e 7}
- Controlar da temperatura; ^{2 e 7}
- Utilizar de técnica asséptica em procedimentos que envolvam a exposição dos locais de inserção ou incisão. ^{2 e 7}

A imunossupressão suprime as funções do sistema imunológico, tornando o doente mais suscetível a infeções oportunistas (bacterianas, fúngicas e virais). ⁵

Mucosite	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Realizar higiene oral – 1 vez no turno;^{2 e 8} ◦ Realizar bochecho com clorhexidina – 1 vez no turno.^{2 e 8} 	
Isolamento Protetor	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Utilizar EPI's;^{2 e 9} ◦ Higienizar as mãos;^{2 e 9} ◦ Restringir o número de visitas.^{2 e 9} 	

Controlo da Glicémia ^{10 e 11}		
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Vigiar glicémia;^{10 e 11} ◦ Administrar insulina de acordo com o protocolo do serviço.^{10 e 11} 	<p>As alterações metabólicas estão associadas ao stress da cirurgia ou à administração de corticoterapia e imunossupressores. A terapêutica desencadeia alterações metabólicas, provocando a redução da secreção de insulina ou mesmo um aumento da produção hepática de glicose.¹⁰</p>	

Padrão Respiratório ¹²		
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Vigiar o padrão respiratório;¹² ◦ Vigiar saturação periférica;¹² ◦ Promover o posicionamento adequado do doente (verticalização do corpo, com o intuito de favorecer a expansão do tórax ou corrigir posições viciosas);¹² ◦ Iniciar precocemente um programa de reabilitação respiratória;¹² 		

- Estar presente – para reduzir o medo e a ansiedade da pessoa, contribuindo para reduzir o esforço respiratório;¹²

Doente sob VMI:

- Proceder à limpeza das vias aéreas;¹²
- Realizar técnicas de expansão e reexpansão pulmonar através da hiperinsuflação manual ou ventilatória.¹²

Doente não ventilado:

- Promover o levante precoce;¹²
- Estimular a realização de exercícios respiratórios (favorecer a expansão torácica e tonificar a musculatura respiratória).¹²

Vertente Emocional ^{3, 13, 14 e 15}

- Adequar a postura profissional;^{13 e 14}
- Promover a individualização dos cuidados;^{13 e 14}
- Promover o envolvimento da família.^{3, 13, 14 e 15}

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Freeman, R., Koerner, E., Clark, C., & Halabicky, K. (2016). Cardiac transplant postoperative management and care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 39(3), 214–226. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000116>
- ² Demet, D., Aksoy, N., & Kiraz, N. (2018). Nursing care after kidney transplant: Case report. *Experimental and Clinical Transplantation*, 16(March), 55–60. <https://doi.org/10.6002/ect.TOND-TDTD2017.O22>
- ³ Coscia, C., Saxton, E., & Dickinson, S. (2016). Postoperative care of a liver transplant recipient using a classification system type A (stable) versus type B (unstable). *Critical Care Nursing Quarterly*, 39(3), 252–266. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000119>
- ⁴ Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa prática*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa: DPI Cromotipo
- ⁵ Silva, H. (2015). *O Paciente Transplantado e a Imunossupressão*. Universidade Fernando Pessoa - Porto
- ⁶ Parecer CJ 64/2017 de 28 de julho. (2017). Pedido de Parecer sobre disponibilização/indicação de medicação. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–9. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_64_2017_DisponibilizacaolindicacaoMedicacao.pdf
- ⁷ Rodrigues, J. A. S. do N., Ferretti-Rebustini, R. E. de L., & Poveda, V. de B. (2016). Infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a transplante cardíaco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0821.2700>
- ⁸ Alves, M. (2015). *Infecções fúngicas da pele em transplantados renais*. Universidade de Coimbra. Retrieved from [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31445/1/Marta Alves.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/31445/1/Marta%20Alves.pdf)
- ⁹ Frade Mera, M. J., Jacue Izquierdo, S., Fontan Vinagre, G., & Montejo González, J. C. (2007). Evolución y cuidados del trasplante intestinal en el postoperatorio inmediato. *Enfermería Intensiva*, 18(2), 61–69. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)75738-3](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)75738-3)

- ¹⁰ Pinheiro, I. D. O., Gadelha, D. D., Carvalho, M. M. D. de, Queiroz, P. C. de, Fernandes, V. O., & Montenegro Junior, R. M. (2019). Diabetes Mellitus Pós-transplante (DMPT). *Revista de Medicina Da UFC*, 59(1), 77–78. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2019v59n1p77-78>
- ¹¹ Rollins, J. L. (2013). Hyperglycemic Management After Solid Organ Transplantation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 25(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2012.11.013>
- ¹² Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática -Reabilitação respiratória*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- ¹³ Borges, M. C. L. A., Silva, L. M. S. da, Guedes, M. V. C., & Caetano, J. Á. (2012). Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*, 16(4), 754–760. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400016>
- ¹⁴ Pettengill, M., & Souza, R. (2011). Humanização e o suporte emocional: equipe, familiares e pacientes. In R. Viana & I. Whitaker (Eds.), *Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas e Vivências* (pp. 86–100). Porto Alegre: Artmed Editora
- ¹⁵ Pio, F., Azevedo, L., Marques, L., & Santiago, L. (2016, May). Nursing care in heart transplatation: integrative review. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, pp. 1857–1865. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11377p3059-3068-2016>